



ประกาศคณะกรรมการเกษตรดิจิทัล
เรื่อง ข้อปฏิบัติสำหรับผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์โควตาโรงเรียนเครือข่าย 2
ประจำปีการศึกษา 2568

.....
เพื่อให้การสอบคัดเลือกเข้าศึกษาต่อในคณะอุตสาหกรรมเกษตรดิจิทัล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ ประจำปีการศึกษา 2568 ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย ในการนี้ คณะอุตสาหกรรมเกษตรดิจิทัล ขอแจ้งกำหนดการสอบสัมภาษณ์ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ให้ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์มารายงานตัวและส่งเอกสารการสอบสัมภาษณ์ ในวันที่ 21 เมษายน 2568 เวลา 08.00 – 16.00 น. ณ ห้อง 111 ชั้น 1 อาคารคณะอุตสาหกรรมเกษตรดิจิทัล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ ปراجินบุรี โดยมีรายละเอียดเอกสารการสอบสัมภาษณ์ ดังนี้

1.1 ให้ผู้มีรายชื่อกับท้ายประกาศ ไปตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น (ไม่รับผลตรวจจากคลินิก และสถานพยาบาล) โดยให้แพทย์สรุปผลตรวจลงในใบรับรองแพทย์ มีรายการที่ต้องตรวจดังนี้

1.1.1 ผลตรวจสุขภาพทั่วไป ที่รับรองว่าเป็นผู้มีสุขภาพแข็งแรงและไม่เป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

1.1.2 ผลตรวจเอ็กซเรย์ปอด (ไม่ต้องนำฟิล์มเอ็กซเรย์มาแสดง)

1.1.3 ผลตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

1.2 สำเนาหลักฐานการศึกษา ได้แก่

1.2.1 ใช้ระเบียนแสดงผลการเรียน 4 ภาคการศึกษา 1 ฉบับ

1.2.2 สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ

1.2.3 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ฉบับ

1.2.4 สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ – สกุล (ถ้ามี) 1 ฉบับ

ผู้ไม่มารายงานตัวและส่งเอกสารการรายงานตัวเพื่อสอบสัมภาษณ์ตามวัน เวลา ดังกล่าวข้างต้นนี้ และเอกสารไม่ครบถ้วน หรือไม่ปฏิบัติตามประกาศของคณะฯ จะถือว่า สละสิทธิ์และจะเรียกร้องสิทธิ์ภายหลังไม่ได้

ประกาศ ณ วันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2568

(อาจารย์ ดร.สุกัญญา วงวาท)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการคณะอุตสาหกรรมเกษตรดิจิทัล

รายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์โควตาโรงเรียนเครือข่าย 2
ประจำปีการศึกษา 2568

เลขที่นั่งสอบ	เลขที่สมัคร	คำนำหน้าชื่อ	ชื่อไทย	นามสกุลไทย
0-2020001	1020001-2	นาย	ยศพล	ผลรุกษะ
8-2020002	1020007-9	นาย	วรัญญูมิ	สิงห์งาม
6-2020003	1020008-7	นางสาว	สุกัญญา	ดิน้อย
1-2020005	1020009-5	นาย	คมกฤษ	เจนเจริญ
9-2020006	1020006-1	นางสาว	ธัญญาวัลย์	ผลภาค
5-2020008	1020011-1	นางสาว	วนัสนันท์	ศรีบัวทอง
3-2020009	1020010-3	นางสาว	ณัฐกฤตา	ท่าสว่าง
1-2020010	1020003-8	นางสาว	อัฐติมา	สวนสวัสดิ์
9-2020011	1020012-9	นางสาว	นัทธทัย	สุ่มกัน
7-2020012	1020005-3	นางสาว	พีเลวรรณ	หรั่งแร่

.....

**ใบรายงานผลการตรวจร่างกายผู้สมัครเข้าศึกษาต่อ
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ ประจำปีการศึกษา**

คำชี้แจง ผู้ที่ได้รับการประกาศชื่อว่าเป็นผู้ผ่านการคัดเลือกมีสิทธิเข้าศึกษา ให้ไปตรวจร่างกายและเอกซเรย์ที่โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนเท่านั้น โดยนำเอกสารฉบับนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจรอกผลการตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มนี้ และลงนามเป็นหลักฐาน พร้อมทั้งประทับตราโรงพยาบาลตรงลายเซ็นของแพทย์ผู้ตรวจโรค ทั้งนี้ให้นำเอกสารฉบับนี้ส่งไปที่ฝ่ายวิชาการคณะที่เข้ารับการศึกษ

ส่วนที่ 1 ประวัติส่วนตัว (เขียนตัวบรรจง)

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร (นาย/นางสาว) อายุ ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

สาขาวิชาที่สอบสัมภาษณ์..... คณะที่สอบสัมภาษณ์

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก.....

โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้.....

1. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ.....
2. การสูบบุหรี่ ☐ ไม่สูบ ☐ สูบ ☐ ไม่ประจำ ☐ ทุกวัน.....มานต่อวัน ☐ ต้องการเลิก
3. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี
4. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี

ส่วนที่ 2 ผลการตรวจร่างกาย (แพทย์เป็นผู้กรอกข้อมูล)

1. ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการตรวจ.....

ที่อยู่ เลขที่ ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

2. ผล X-ray ปอด ☐ ปกติ ☐ พบสิ่งผิดปกติ ได้แก่.....

3. ผลการตรวจตา (เฉพาะสาขาวิชาที่ต้องใช้ผลการตรวจตาบอดสีเท่านั้น)

☐ ตาไม่บอดสี ☐ ตาบอดสี (ระบุสีที่บอด).....

4. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ใบอนุญาตเลขที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน ปี

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาว..... เมื่อวันที่ เดือน..... พ.ศ.....

สัญญาณชีพ ชีพจร..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต..... มม./ปรอท น้ำหนัก..... กก. ส่วนสูง..... ซม.

มีความเห็นว่า นาย/นางสาว..... เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นโรคติดต่ออย่างร้ายแรง

โรคที่สงสัยมีเกี่ยง หรือโรคสำคัญที่จะเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการศึกษา โดยไม่ปรากฏอาการ และอาการแสดงของโรค ดังต่อไปนี้

- 4.1 โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม 4.3 โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- 4.2 วัณโรคในระยะอันตราย 4.4 อื่นๆ (ถ้ามี).....

5. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

.....

.....

ลงชื่อ.....
(.....)
แพทย์ผู้ตรวจ
วันที่ตรวจ/...../.....

หมายเหตุ : โปรดประทับตราโรงพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ

ใบรายงานนี้ อ้างอิงจากใบรับรองแพทย์ของมติดคณะกรรมการแพทยสภา