



## ประกาศมหาวิทยาลัยพะเยา

เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยพะเยา  
ระดับปริญญาตรี โครงการผลิตทันตแพทย์ในเขตพื้นที่ทรงงาน  
ประจำปีการศึกษา 2569

มหาวิทยาลัยพะเยา ขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือก  
เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยพะเยา ระดับปริญญาตรี โครงการผลิตทันตแพทย์ในเขตพื้นที่ทรงงาน  
ประจำปีการศึกษา 2569 คือ

**นายชิษณุพงศ์ เดชเสถียร เลขที่ใบสมัคร 69091840**

โดยให้ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ดำเนินการ ดังนี้

### 1. การสอบสัมภาษณ์ (ออนไลน์)

1.1 สอบสัมภาษณ์ออนไลน์ ผ่านโปรแกรม Microsoft Teams ในวันที่  
28 เมษายน 2569 เวลา 09.00 น.

1.2 ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ แจ้งชื่อ-สกุล เบอร์โทรศัพท์ และ E-mail  
ของตนเอง ไปยัง E-mail: orawan.ta@up.ac.th ภายในวันที่ 26 เมษายน 2569 โดยคณะจะตอบกลับ  
ภายในวันที่ 27 เมษายน 2569 กรณีผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ไม่ได้รับ E-mail ตอบกลับหรือมีปัญหา  
และข้อสงสัยสามารถติดต่อได้ที่ 0 5446 6666 ต่อ 4891 หรือ 4894

### 2. การส่งผลการตรวจสอบคุณภาพ

ส่งผลการตรวจสอบคุณภาพตามแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ที่แนบท้ายประกาศนี้  
ภายในวันที่ 26 เมษายน 2569 (ผ่าน E-mail: orawan.ta@up.ac.th พร้อมกับการแจ้งข้อมูล  
ของผู้เข้าสอบสัมภาษณ์)

ทั้งนี้ ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์จะต้องดำเนินการตรวจสอบผลการตรวจสอบคุณภาพ  
ให้เป็นไปตามคุณสมบัติทั่วไปและคุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัคร ในประกาศรับสมัครเข้าศึกษา  
ของมหาวิทยาลัยพะเยา หากตกคุณสมบัติดังกล่าวจะถือว่าผลการคัดเลือกเข้าศึกษาในครั้งนี้เป็นโมฆะ

### 3. การประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสอบสัมภาษณ์

ดำเนินการตรวจสอบรายชื่อผู้ผ่านการสอบสัมภาษณ์เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยพะเยา  
ผ่านเว็บไซต์ admission.up.ac.th ในวันที่ 29 เมษายน 2569

**หมายเหตุ:** 1. ให้ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ดำเนินการตามขั้นตอนที่มหาวิทยาลัยกำหนดตามวัน เวลา  
ข้างต้น กรณีผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ไม่ดำเนินการตามขั้นตอนที่มหาวิทยาลัยกำหนดตามวัน เวลา ข้างต้น  
มหาวิทยาลัยจะถือว่าสละสิทธิ์ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

2. หากตรวจสอบแล้วพบว่าผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์มีคุณสมบัติไม่เป็นไปตามประกาศ  
ของมหาวิทยาลัย จะถือว่าการคัดเลือกในครั้งนี้เป็นโมฆะ

ประกาศ ณ วันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2569

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชลธิดา เทพหินลัท)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยพะเยา



ใบรับรองแพทย์สำหรับผู้สมัครเพื่อเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี  
มหาวิทยาลัยพะเยา ประจำปีการศึกษา 2569

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้สมัครกรอก

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

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก.....

สมัครเข้าศึกษาในคณะ.....หลักสูตร.....

ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

มี  ไม่มี  อธิบายรายละเอียด

หอบหืด (Asthma).....

ความดันโลหิตสูง (Hypertension).....

ไอเป็นเลือด (Hemoptysis).....

วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis).....

ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice).....

โรคลมชัก (Epilepsy).....

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus).....

หูน้ำหนวก (Otorrhea).....

กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Fracture/Accident).....

ได้รับการผ่าตัด (Surgical Operation).....

อื่น ๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริง และรับทราบว่าหากมีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการปิดบังข้อมูล  
ข้าพเจ้าจะถูกการพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษาต่อครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้วก็จะถูกถอนสภาพ  
จากการเป็นนิสิตต่อไป

.....  
(.....)

ผู้สมัครที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์กรอก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ..... โรงพยาบาล .....

ได้ตรวจร่างกายผู้สมัคร (นาย/นาง/นางสาว) .....

แล้วเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว ..... กก. ความสูง ..... เซนติเมตร ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท ชีพจร ..... ครั้ง/นาที

ผลการตรวจร่างกายทั่วไปตามระบบ

General appearance  ปกติ  ผิดปกติ (ระบุ) .....HEENT  ปกติ  ผิดปกติ (ระบุ) .....

Visual acuity Right.....c glass.....c PH..... / Left.....c glass.....c PH.....

Respiratory system  ปกติ  ผิดปกติ (ระบุ) .....Cardiovascular system  ปกติ  ผิดปกติ (ระบุ) .....Abdomen  ปกติ  ผิดปกติ (ระบุ) .....Neurological system  ปกติ  ผิดปกติ (ระบุ) .....Skin and musculoskeletal  ปกติ  ผิดปกติ (ระบุ) .....

ผลการตรวจภาพรังสีปอด (Chest x-ray)

 ปกติ  ผิดปกติ (ระบุ) .....

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการ และอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

(1) โรคเรื้อรังในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(2) วัณโรคในระยะอันตราย

(3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(4) อื่น ๆ (ถ้ามี) .....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

.....

.....

.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**หมายเหตุ:** 1. โปรดประทับตราโรงพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ

2. ตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น โดยใบผลการตรวจร่างกายต้องมีอายุไม่เกิน 3 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจถึงวันสอบสัมภาษณ์



**รายงานการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร**  
**สำหรับผู้สมัครเพื่อเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยพะเยา ประจำปีการศึกษา 2569**  
**(เฉพาะหลักสูตร.....)**

**ส่วนที่ 1 สำหรับผู้สมัครกรอก**

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร (นาย/นางสาว/นาง).....อายุ.....ปี  
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อดี.....  
 ที่อยู่ที่ติดต่อดีสะดวก .....  
 สมัครเข้าศึกษาในคณะ.....หลักสูตร.....

**ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์กรอก**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง .....  
 ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ..... โรงพยาบาล .....  
 ได้ตรวจร่างกายผู้สมัคร (นาย/นาง/นางสาว) .....  
 แล้วเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... มีรายละเอียดดังนี้

ความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางหู คอ จมูก

(เกี่ยวกับความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรของผู้รับการตรวจที่มีผลต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย)

- ไม่มีความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร
- มีความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร (ระบุ)
- มีระดับการได้ยินที่ความถี่ 500 - 2,000 เฮิรตส์ สูงกว่า 40 เดซิเบล
- ความสามารถในการแยกแยะคำพูด (speech discrimination score) < 70%  
 จากความผิดปกติของประสาทและเซลล์ ประสาทการได้ยิน (sensorineural hearing loss)
- อื่น ๆ (ระบุ) .....

.....  
 (.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**หมายเหตุ:** 1. โปรดประทับตราโรงพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางหู คอ จมูก

2. ผู้สมัครฯ ต้องไปขอรับการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์



## รายงานการตรวจตาบอดสี

สำหรับผู้สมัครเพื่อเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยพะเยา ประจำปีการศึกษา 2569

(เฉพาะหลักสูตร.....)

## ส่วนที่ 1 สำหรับผู้สมัครกรอก

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

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก .....

สมัครเข้าศึกษาในคณะ.....หลักสูตร.....

## ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์กรอก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ..... โรงพยาบาล .....

ได้ตรวจร่างกายผู้สมัคร (นาย/นาง/นางสาว) .....

แล้วเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... มีรายละเอียดดังนี้

ความเห็นของจักษุแพทย์ (เกี่ยวกับตาบอดสีของผู้รับการตรวจที่มีผลต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย)

ผลการตรวจตาบอดสี สามารถอ่าน ISHIHARA PLATE ได้ Rt...../12 PLATES Lt...../12 PLATES

สรุปผลการตรวจตาบอดสี

 ไม่เป็นตาบอดสี มีตาบอดสี (ระบุ)

\* หากผลการตรวจตาบอดสี ผิดปกติ สำหรับหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต และหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต

สาขาวิชาเทคนิคการแพทย์ ให้ตรวจตาด้วยวิธี FARNSWORTH D 15 hue test เพิ่มเติม

ระบุผล.....

.....  
(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**หมายเหตุ:** 1. โปรดประทับตราโรงพยาบาลบริเวณส่วนลงนามจักษุแพทย์

2. ผู้สมัครฯ ต้องไปขอรับการตรวจตาบอดสีจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์