



ใบรับรองแพทย์ผู้สมัครเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร(นาย/นางสาว)

อายุ.....ปี เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก

โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้.....

สมัครเข้าศึกษาระดับปริญญาตรีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระบบ TCAS รอบที่.....

โครงการ.....

โดยปรากฏผลการตรวจ ดังนี้

1. ตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท

ร่างกายสมบูรณ์สามารถเข้าศึกษาได้

พบสิ่งผิดปกติได้แก่

2. ผลการตรวจตาบอดสี

สามารถอ่าน ISHIHARA PLATE ได้ ตาขวา...../12 PLATE ตาซ้าย...../12 PLATE

การแปลผล ตาขวา () ไม่เป็นตาบอดสี

มีตาบอดสี ระบุ

ตาซ้าย () ไม่เป็นตาบอดสี

มีตาบอดสี ระบุ

อื่นๆ ระบุ.....

ผลการตรวจร่างกายโดยนายแพทย์ / แพทย์หญิง.....
แพทย์ปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....
โรงพยาบาล.....
ที่อยู่.....
โทร.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ตรวจ...../...../.....

- หมายเหตุ:
1. โปรดประทับตราโรงพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ
 2. ตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น โดยใบผลการตรวจร่างกายต้องมีอายุไม่เกิน 3 เดือนนับตั้งแต่วันตรวจ ถึงวันสอบสัมภาษณ์