**คุณสมบัติเพิ่มเติมและเกณฑ์ต่าง ๆ ของการรับบุคคลเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี**

**ระบบ TCAS  รอบที่ 1 Portfolio (รอบที่ 1/1)**

**มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2569**

**คณะ** โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ

**หลักสูตร** วิทยาศาสตรบัณฑิต **สาขาวิชา** วิทยาศาสตร์การแพทย์

ค่าธรรมเนียมตลอดหลักสูตร 168,000 บาท (เหมาจ่ายภาคการศึกษาละ 21,000 บาท)

**จำนวนที่เปิดรับ 10 คน** (กรณีรอบ 1/1 มีจำนวนผู้ยืนยันสิทธิ์ในระบบ MU-TCAS ไม่ครบตามแผนการรับ จึงจะเปิดรับในรอบที่ 1/2 หรือหากไม่รับในรอบ 1/2 โปรดระบุ “ไม่เปิดรับในรอบ 1/2”)

**คุณสมบัติทั่วไป**

 นอกจากผู้สมัครต้องมีคุณสมบัติเบื้องต้นตาม “ประกาศมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง การรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี ระบบ TCAS รอบที่ 1 Portfolio (รอบที่ 1/1 และรอบที่ 1/2) ปีการศึกษา 2569 แล้ว ต้องมีคุณสมบัติและเกณฑ์ต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

**คุณสมบัติเพิ่มเติม**

1. กำลังการศึกษา ชั้น ม. 6
2. ต้องกำลังศึกษาในแผนการเรียน วิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ โดยต้องมีจำนวนหน่วยกิตขั้นต่ำในกลุ่มสาระการเรียนรู้ที่กำหนด จนถึงวันสมัคร ดังนี้

1.1 กลุ่มสาระการเรียนรู้วิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ไม่ต่ำกว่า 18 หน่วยกิต

 1.2 กลุ่มสาระการเรียนรู้วิชาคณิตศาสตร์ ไม่ต่ำกว่า 10 หน่วยกิต

1. เกรดเฉลี่ยสะสม ต้องมี GPAX 4 ภาคการศึกษา ≥2.75

 หากมีคุณสมบัติเพิ่มเติมข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้จะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ

1. มีประสบการณ์ทำโครงงานวิทยาศาสตร์ ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (Download แบบฟอร์มใบรับรองโครงงานวิทยาศาสตร์  [ตามแบบฟอร์มที่คณะฯ กำหนด แนบท้ายเอกสารนี้)   และ/หรือ](https://tcas.mahidol.ac.th/%20%29%20%20%20%20%20%20%20%20%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%B0/%E0%B8%AB%E0%B8%A3%E0%B8%B7%E0%B8%AD)

2. มีประสบการณ์เข้าร่วมกิจกรรมค่ายวิชาการทางวิทยาศาสตร์ ในช่วงที่ศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย

**คุณสมบัติเฉพาะ**

ผู้สมัครต้องมีสุขาภาพร่างการสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน ได้แก่

·                 ผู้พิการทางสายตา

·                 ตาบอดสีทั้งสองข้าง

·                 การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวของมือทั้งสองข้าง

·                 วัณโรคในระยะอันตราย

·                 หูหนวก

 หมายเหตุ : ผลการตรวจร่างกาย (Download แบบฟอร์มใบแสดงผลการตรวจร่างกาย ตามที่หลักสูตรกำหนด ตามแบบฟอร์มที่คณะฯ กำหนด แนบท้ายเอกสารนี้ โดยสามารถตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐบาลหรือโรงพยาบาลของเอกชนที่แสดงว่าผู้สมัครมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาการปฏิบัติงาน ผู้สมัครจะต้อง Upload เอกสารผลการตรวจร่างกายในระบบการรับสมัคร online

คุณสมบัติอื่น ๆ อันอาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน ที่มิได้ระบุไว้ให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการสอบคัดเลือกของแต่ละหลักสูตร การคัดเลือกของคณะกรรมการ       ให้ถือเป็นที่สิ้นสุด

**เกณฑ์คะแนนขั้นต่ำ และเกณฑ์การคัดเลือกเป็นผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา**

|  |  |
| --- | --- |
| **รายละเอียด** | **คัดเลือกเป็นผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา** **(เต็ม 100%)** |
| **เอกสาร Port folio** | **50%** |
| **สอบสัมภาษณ์**  | **50%** |
| **ผลตรวจสุขภาพ** | **ผลตรวจสุขภาพปกติตามเกณฑ์ที่กำหนด** |

**ทั้งนี้ การพิจารณาของคณะกรรมการคัดเลือกของคณะฯ ถือเป็นที่สิ้นสุด**

**เอกสารที่ต้อง Upload ในระบบสมัคร Online และนำไปแสดงในวันสอบสัมภาษณ์**

1. รูปถ่ายดิจิทัลของผู้สมัคร เป็นรูปเดี่ยว หน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาดำ สวมชุดนักเรียนสุภาพ   พื้นหลังสีขาวหรือสีฟ้า ขนาด 1.5x2 นิ้ว ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน และไม่ถูกปรับแต่งทางดิจิทัล
มีขนาดของใบหน้าประมาณร้อยละ 80 ของพื้นที่รูป เป็นไฟล์นามสกุล .pdf หรือ .jpg ขนาด      ความกว้าง 180-500 พิกเซล และความสูง 200-600 พิกเซล ขนาดของไฟล์ไม่เกิน 240 KB

2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนด้านหน้าที่มีรูปของบัตร (ใช้เฉพาะด้านหน้า) บนกระดาษขนาด A4 ผู้สมัครลงลายมือชื่อ-ชื่อสกุลรับรองสำเนาถูกต้อง แล้วสแกนเป็นไฟล์นามสกุล .pdf หรือ .jpg       ขนาดภาพเท่ากับ A4 ขนาดของไฟล์ไม่เกิน 2 MB

          \* ในกรณีที่ชื่อ หรือชื่อสกุลของผู้สมัคร ตามบัตรประชาชนไม่ตรงกับสำเนาระเบียนแสดงผล    การเรียน (ปพ.1) ให้ถ่ายเอกสารหลักฐานการเปลี่ยนชื่อหรือชื่อสกุลบนกระดาษ A4 แล้วสแกน      เป็นไฟล์นามสกุล .jpg ขนาดภาพเท่ากับ A4 ขนาดของไฟล์ไม่เกิน 2 MB โดยสแกนเป็นไฟล์เดียวกันกับบัตรประจำตัวประชาชน

3. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัครบนกระดาษขนาด A4 ผู้สมัครลงลายมือชื่อ-ชื่อสกุลรับรองสำเนาถูกต้อง แล้วสแกนเป็นไฟล์นามสกุล .pdf หรือ .jpg ขนาดภาพเท่ากับ A4 ขนาดของไฟล์ไม่เกิน 2 MB

4. สำเนาระเบียนแสดงผลการเรียน (ปพ.1) ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-5 ที่โรงเรียนออกให้พร้อมมีตราประทับของโรงเรียน บนกระดาษ A4 แล้วสแกนเป็นไฟล์นามสกุล .pdf หรือ .jpg (กรณีมี 2 หน้า ให้สแกน   ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง) ขนาดภาพเท่ากับ A4 ขนาดของไฟล์ไม่เกิน 2 MB

5. แฟ้มสะสมงาน ไม่เกิน 10 หน้ากระดาษ A4 ไม่รวมปก ไม่ต้องมีคำนำ (Scan QR Code Template   ที่ท้ายเอกสาร) ประกอบด้วย

1. ประวัติส่วนตัว ไม่เกิน 1 หน้า
2. ผลสอบภาษาอังกฤษ เช่น TOEIC/ MU-ELT/ TOEFL/ IELTS รายละเอียดตามคุณสมบัติทั่วไป (ถ้ามี)
3. เกียรติบัตรที่แสดงถึงความสามารถทางวิชาการ ความสามารถพิเศษ หรือได้รับรางวัลการประกวดต่าง ๆ รายละเอียดตามคุณสมบัติเพิ่มเติม (เกียรติบัตรควรใส่ไม่เกิน
2 ฉบับ/หน้า เพื่อความชัดเจนในการตรวจสอบ)

**การสอบสัมภาษณ์**

1. ไม่มีค่าธรรมเนียมการสอบสัมภาษณ์

 กำหนดการสอบสัมภาษณ์ จะแจ้งให้ทราบ

**อาชีพหลังสำเร็จการศึกษา**

   บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์ สามารถประกอบอาชีพต่างๆ ได้ ดังนี้

1. นักวิทยาศาสตร์การแพทย์

2. นักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์

3. พนักงานด้านธุรกิจการแพทย์ เครื่องมือวิทยาศาสตร์

4. ศึกษาต่อในระดับปริญญาโทรและเอก ในสาขาที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์การแพทย์

**สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม**

โทร. 02 849 6556 หรือ 08 1910 8953

เว็บไซต์: https://am.mahidol.ac.th/

Facebook: <https://www.facebook.com/MedSciMUAM>

Line Official:



ที่อยู่โรงเรียน.......................................

............................................................

............................................................

 วันที่.......................................................

เรื่อง ขอรับรองการทำโครงงานวิทยาศาสตร์

เรียน คณะกรรมการดำเนินการรับบุคคลเข้าศึกษา โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปีการศึกษา 2569 หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์

 ข้าพเจ้า....................................................................... ตำแหน่ง............................................................สังกัดโรงเรียน........................................................จังหวัด...............................................ขอรับรองว่า..(นายนางสาว)............................ ได้ผ่านการทำโครงงานวิทยาศาสตร์ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในหัวข้อเรื่อง.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไป

 ขอแสดงความนับถือ

 (...............................................) ผู้รับรอง

 ตำแหน่ง.................................................

 (โปรดประทับตราโรงเรียน)

หมายเหตุ: ผู้รับรอง ได้แก่ อาจารย์ที่ปรึกษาโครงงานวิทยาศาสตร์ หรือผู้บริหารของโรงเรียน



**รายงานผลการตรวจร่างกายสำหรับผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์เพื่อเข้าศึกษา**

**หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์**

**ประจำปีการศึกษา 2569**

**สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย**

**ผลการตรวจร่างกาย**

 ข้าพเจ้า.........................................................................ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่............................ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นางสาว........................................................................................................................................

เมื่อวันที่..............เดือน........................................................................พ.ศ....................แล้ว เห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

 1. ตาบอดสี 🞏 ปกติ 🞏 ผิดปกติ ระบุ....................................

 2. ความพิการทางสายตา 🞏 ปกติ 🞏 ผิดปกติ ระบุ....................................

 3. Chest X-ray 🞏 ปกติ 🞏 ผิดปกติ ระบุ....................................

 4. การได้ยิน 🞏 ปกติ 🞏 ผิดปกติ ระบุ....................................

 5. ความสามารถในการเคลื่อนไหวของมือทั้งสองข้าง 🞏 ปกติ 🞏 ผิดปกติ ระบุ....................................

พิจารณาผลการตรวจร่างกายแล้ว ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์มีสุขภาพ 🞏 สมบูรณ์ 🞏 ไม่สมบูรณ์ เนื่องจาก.......................

ขอรับรองว่าผ่านการตรวจร่างกายจริงทุกประการ

 ลงชื่อ................................................................................

 (...............................................................................) แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

ขอรับรองว่าได้รับการตรวจร่างกายที่สถานพยาบาลจริงทุกประการ

ลงชื่อ................................................................................

 (...............................................................................) ผู้รับการตรวจร่างกาย

\*\*\*โปรดประทับตราโรงพยาบาล\*\*\*