



รายงานผลการตรวจสุขภาพ
เพื่อใช้ประกอบการพิจารณารับเข้าศึกษาในสถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์

ชื่อ - สกุล นาย นาง นางสาว.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....โรคประจำตัว (ถ้ามี) โปรดระบุ.....

ข้อมูลการตรวจร่างกาย (สำหรับแพทย์กรอก)

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ความดันโลหิต...../.....มิลลิเมตรปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที

- ผลการเอ็กซเรย์ปอด (Chest X-ray)
 ปกติ ผิดปกติ โปรดระบุ.....
- ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)
 ปกติ ผิดปกติ โปรดระบุ.....
- ผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg)
 ไม่พบ พบ โปรดระบุ.....
- ผลการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ (Amphetamine)
 ไม่พบ พบ โปรดระบุ.....
- ตรวจวัดสายตาบอดสี (Vision Test)
 ปกติ ผิดปกติ เนื่องจาก.....

การตรวจร่างกายทั่วไปโดยแพทย์

แพทย์ผู้ตรวจ.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาต เลขที่.....
ณ สถานที่ตรวจ.....ได้ตรวจร่างกายให้แก่ นาย/นาง/นางสาว.....
เห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้ที่มีจิตฟั่นเฟือน หรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้

สรุปความเห็นแพทย์

- 1. สุขภาพปกติแข็งแรงสมบูรณ์สามารถเรียน และฝึกปฏิบัติงานในสถานประกอบการได้
- 2. สุขภาพมีปัญหาเรื่อง (โปรดระบุ)

ขอรับรองข้อความข้างต้นว่าเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้รับการตรวจ
(.....)
วันที่

แพทย์ผู้ตรวจ.....
(.....)
วันที่

หมายเหตุ : ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพที่สมบูรณ์ ต้องมีประทับตราโรงพยาบาลที่ตรวจ และมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับเท่านั้น
สอบถามข้อมูลงานสวัสดิการนักศึกษา โทร 02-855-0906

/ความยินยอมให้ตรวจสอบ...

ความยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ

สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์จะเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพและโรคที่ท่านเคยเป็นหรือยังเป็นอยู่ เพื่อใช้พิจารณาความสามารถและความเหมาะสมในการเข้าศึกษาในสถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์สำหรับสาขาวิชาที่มีข้อกำหนดในเรื่องข้อมูลสุขภาพบางประการ

- ข้าพเจ้ายินยอมให้สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ดังกล่าว
- ข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ดังกล่าว

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดและเงื่อนไขการเข้าศึกษาในสถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้ายอมรับและปฏิบัติตามทุกประการ และข้าพเจ้ารับรองว่าได้ให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นโดยอิสระ ปราศจากการถูกบังคับขู่เข็ญใด ๆ รวมทั้งรับทราบการแจ้งการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล (Privacy Notice) โดยละเอียดแล้ว ในการนี้จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เพื่อเป็นหลักฐาน

ข้าพเจ้า เป็นผู้มีความสามารถในการให้ความยินยอมได้ด้วยตนเองตามกฎหมาย

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร) ผู้ให้ความยินยอม
(.....)
วันที่.....

กรณีที่ผู้สมัครมีอายุต่ำกว่า 20 ปี จะต้องเป็นผู้ปกครองเป็นผู้ให้ความยินยอมร่วมกับผู้เยาว์

ข้าพเจ้า เป็นผู้ปกครองของผู้สมัครชื่อ.....

ในฐานะ บิดา มารดา อื่นๆ โปรดระบุ.....

- ข้าพเจ้ายินยอมให้สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ดังกล่าว
- ข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ดังกล่าว

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดและเงื่อนไขการเข้าศึกษาในสถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้ายอมรับและปฏิบัติตามทุกประการ และข้าพเจ้ารับรองว่าได้ให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นโดยอิสระ ปราศจากการถูกบังคับขู่เข็ญใด ๆ รวมทั้งรับทราบการแจ้งการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล (Privacy Notice) โดยละเอียดแล้ว ในการนี้จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เพื่อเป็นหลักฐาน



ลงชื่อ.....(ผู้ปกครอง) ผู้ให้ความยินยอม
(.....)
วันที่.....

สแกนเพื่ออ่านรายละเอียด
การแจ้งประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล (Privacy Notice)