

ประกาศคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

เรื่อง “กำหนดการสอบสัมภาษณ์และการสอบวิชาความถนัดทางวิชาชีพเภสัชศาสตร์”

ต้องเข้าสอบวิชาความถนัดทางวิชาชีพเภสัชกรรมและสอบสัมภาษณ์
ในวันเสาร์ที่ 18 พฤศจิกายน 2560 ตาม วัน-เวลา และสถานที่ ซึ่งกำหนดไว้ดังนี้

สอบความถนัดทางวิชาชีพเภสัชกรรม

ห้อง 4-221	(Lab เภสัชกรรม)	ชั้น 2	(ตึก 4)	เวลา 09.00 – 10.00 น.
ห้อง 4/1-503	(ห้องเรียนรวม)	ชั้น 5	(ตึก 4/1)	เวลา 09.00 – 10.00 น.
ห้อง 4/2-202	(Lab เภสัชเคมี)	ชั้น 2	(ตึก 4/2)	เวลา 09.00 – 10.00 น.

(รายชื่อผู้เข้าสอบและหมายเลขห้องสอบจะติดไว้ที่บอร์ดหน้าห้องธุรการ ของคณะเภสัชศาสตร์ ตึก 4 ชั้น 2)

สอบทักษะขั้นพื้นฐานทางวิชาชีพเภสัชกรรม

ห้อง 4/1-403	(Lab เภสัชกรรมคลินิก)	ชั้น 4	(ตึก 4/1)	เวลา 10.30 – 15.00 น.
--------------	-----------------------	--------	-------------	-----------------------

สอบสัมภาษณ์

ห้อง 4/4-401	(Lab เภสัชกรรมคลินิก)	ชั้น 4	(ตึก 4/1)	เวลา 10.30 – 15.00 น.
--------------	-----------------------	--------	-------------	-----------------------

ประกาศผลสอบผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษา วันที่ 20 พฤศจิกายน 2560 เวลา 16.30 น.

ทาง www.rsu.ac.th ลงทะเบียนเรียนวันที่ 21 – 24 พฤศจิกายน 2560

เปิดเรียนวันจันทร์ที่ 11 มิถุนายน 2561

หมายเหตุ อาคารวิทยาศาสตร์การแพทย์ ประสิทธิ์ อุไรรัตน์ คือ อาคารรวมของตึก 4 ตึก 4/1 และ ตึก 4/2

หลักฐานประกอบการสอบสัมภาษณ์ ประจำปีการศึกษา 2561

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

รอบที่ 1 ในวันเสาร์ที่ 18 พฤศจิกายน 2560

-
1. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป (สำหรับติดระเบียบประวัติ)
 2. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
 3. สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
 4. สำเนาใบแสดงผลการศึกษา
(ใบ ปพ. 1) จำนวน 1 ฉบับ
 5. สำเนาบัตรประจำตัวผู้สอบ จำนวน 1 ฉบับ
 6. สำเนาผลสอบ Admissions จำนวน 1 ฉบับ (ถ้ามี)
 7. สำเนาผลสอบ O-NET จำนวน 1 ฉบับ (ถ้ามี)
 8. ผลตรวจสุขภาพ (ตรวจโดยโรงพยาบาลของรัฐบาลหรือเอกชน)
(ตรวจหลังจากประกาศรายชื่อผู้สอบผ่านความถนัดทางวิชาชีพฯและสอบ สัมภาษณ์
เข้าศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2561 ได้เรียบร้อยแล้ว โดย มารับ
แบบฟอร์มได้ในวันสัมภาษณ์



ใบรับรองแพทย์

สำหรับการรายงานตัวเข้าเป็นนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

สถานที่ตรวจ.....

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง

เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ แพทย์แผนปัจจุบันชั้น 1 สาขาเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว

อายุ.....ปี ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้) เลขที่ หมู่..... ซอย.....

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

บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทบัตร)

ข้าพเจ้ามีความคิดเห็นว่า นาย / นาง / นางสาว.....

ไม่เป็นผู้ที่ร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และปราศจากโรคเหล่านี้

1. โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการที่รังเกียจแก่สังคม
4. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
5. โรคพิษสุราเรื้อรัง

และผู้รับการตรวจมีผลการทดสอบตาบอดสีดังนี้.....

.....

สรุปความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์.....

.....

.....

ลงชื่อ

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

1. ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
2. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
3. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้จะใช้ได้เมื่อมีตราหรือสัญลักษณ์ของสถานที่ตรวจที่ได้ระบุ