

## กำหนดการสอบสัมภาษณ์ TCAS รอบที่ ๓ Admission

คณะวิทยาการจัดการ : ไม่มีการสอบสัมภาษณ์

คณะวิทยาศาสตร์ ศรีราชา : ไม่มีการสอบสัมภาษณ์

คณะวิศวกรรมศาสตร์ ศรีราชา : ไม่มีการสอบสัมภาษณ์

คณะเศรษฐศาสตร์ ศรีราชา : ไม่มีการสอบสัมภาษณ์

คณะพาณิชยศาสตร์บริหารธุรกิจ

- สาขาวิชาการขนส่งทางทะเล : ไม่มีการสอบสัมภาษณ์
- สาขาวิชาวิศวกรรมต่อเรือและวิศวกรรมสมุทรศาสตร์ : ไม่มีการสอบสัมภาษณ์
- สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเดินเรือ : มีการสอบสัมภาษณ์ทดสอบสมรรถภาพทางร่างกาย  
วันศุกร์ที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๙ เวลา ๐๘.๓๐ น.
- สาขาวิชาวิศวกรรมเครื่องกลเรือ : มีการสอบสัมภาษณ์และทดสอบสมรรถภาพทางร่างกาย  
วันศุกร์ที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๙ เวลา ๐๘.๓๐ น.

### โดยรายละเอียดการสอบสัมภาษณ์และทดสอบสมรรถภาพทางร่างกาย ดังนี้

สถานที่ ณ คณะพาณิชยศาสตร์บริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตศรีราชา และให้ปฏิบัติตามนี้

๑. ส่งใบบันทึกคะแนนทดสอบผลศึกษาและว่ายน้ำ ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้ารับการทดสอบผลศึกษา (ส่งในวันสอบสัมภาษณ์)
๒. ต้องเข้ารับการตรวจร่างกาย จากโรงพยาบาลสมิติเวชศรีราชา หรือ โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา หรือ โรงพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่ของรัฐ (ใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์มของคณะฯ และส่งในวันสอบสัมภาษณ์)
๓. ต้องทดสอบผลศึกษาและว่ายน้ำ ให้เตรียมเครื่องแต่งกายชุดพล และชุดว่ายน้ำให้พร้อมสำหรับทดสอบผลศึกษา การทดสอบผลศึกษาและว่ายน้ำ ประกอบด้วย
  - ลูกนั่ง (Sit Up) ๖๐ วินาที
  - ยึดพื้น (Push-up) ๖๐ วินาที
  - วิ่งกลับตัว ๑๐ เมตร
  - วิ่งระยะไกล ๑,๐๐๐ เมตร
  - ว่ายน้ำ ๕๐ เมตร

ดาวน์โหลดเอกสาร



<https://Admissions.src.ku.ac.th>

**สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่** คณะพาณิชยศาสตร์บริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตศรีราชา

โทร 0819965748 หรือ 038354580-5 ต่อ 665202



แบบฟอร์มตรวจร่างกาย  
เพื่อเข้าศึกษาในคณะพาณิชยศาสตร์บริหารธุรกิจ  
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตศรีราชา

ลำดับ

รูปถ่าย 1 นิ้ว  
ถ่ายไม่เกิน  
6 เดือน

เฉพาะผู้สมัครสาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเดินเรือ (M02) และสาขาวิชาวิศวกรรมเครื่องกลเรือ (M09)

## ข้อมูลส่วนตัวผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว/ค่านำหน้าอื่น .....นามสกุล .....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ..... ออกให้ ณ อำเภอ/เขต.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....อายุ .....ปี ส่วนสูง .....ซม. น้ำหนัก ..... กก. หมูโลहित.....

## ประวัติการรักษาพยาบาลของผู้สมัคร

- |                       |  |                 |  |  |  |
|-----------------------|--|-----------------|--|--|--|
| 1. Epilepsy of Attack | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> | 7. HIV          | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> | 13. Chronic respiratory Disorder         | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> |
| 2. Kidney Disease     | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> | 8. Hypertension | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> | 14. Muscular – skeletal                  | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> |
| 3. Venereal Disease   | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> | 9. Cancer       | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> | 15. Gastro-intestinal infectious disease | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> |
| 4. Seizures           | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> | 10. Obesity     | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> | 16. Skin Disease                         | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> |
| 5. Narcotics History  | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> | 11. Heart       | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> | 17. Chronic dental and digestive         |  |
| 6. Tuberculosis       | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> | 12. Diabetes    | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> | System problem                           | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> |

18. Distance Vision	19. Color Vision	20. Hearing (dB)	21. Blood Pressure
UNCORRECTED	<input type="checkbox"/> Ishihara Book	Right Ear ..... dB	Systolic .....
Right Eye 20/.....	<input type="checkbox"/> Holmes Lantern	Left Ear .....dB	Diastolic .....
Left Eye 20/.....	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal
Both Eye 20/.....	<input type="checkbox"/> Abnormal	(< 40dB)	<input type="checkbox"/> Abnormal

22. ผลตรวจ VDRL  Non-reactive .....

23. ผลตรวจ Chest X-Ray  Normal .....

ท่านเคยเข้ารับการรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับกระดูก/ไขข้อ

ไม่เคย  เคย เนื่องจาก.....

## ความเห็นของแพทย์ผู้ตรวจร่างกายผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นายแพทย์/ แพทย์หญิง/ ค่านำหน้าอื่น .....นามสกุล.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์..... ปัจจุบันปฏิบัติงานเป็น .....

ของโรงพยาบาล..... ตั้งอยู่ที่.....

ได้ทำการตรวจร่างกายของผู้สมัคร นาย/ค่านำหน้าอื่น.....นามสกุล .....

โดยละเอียดแล้วไม่ปรากฏเป็นโรค หรือโรคติดต่อร้ายแรง และไม่มีความพิการของร่างกายที่อาจขัดต่อการศึกษาในวิชาชีพ เช่น การปฏิบัติงานบนเรือกลเดินทะเล ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตัวผู้สมัครเอง ตามที่ได้ระบุไว้ข้างบน

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

- หมายเหตุ: 1. ให้ประทับตราสถานพยาบาลที่รูปถ่ายผู้สมัครด้านบน ณ วันที่ตรวจ และลงนามไว้เป็นสำคัญ
2. เป็นไปตามแบบใบรับรองสุขภาพ กองมาตรฐานคนประจำเรือ กรมเจ้าท่า



ใบบันทึกคะแนนทดสอบพลศึกษา และว่ายน้ำ  
เพื่อคัดเลือกเข้าศึกษาต่อในคณะพาณิชยศาสตร์บริหาร  
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตศรีราชา

ลำดับ

รูปถ่าย 1 นิ้ว  
ถ่ายไม่เกิน  
6 เดือน

เฉพาะผู้สมัครสาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเดินเรือ (M02) และสาขาวิชาวิศวกรรมเครื่องกลเรือ (M09)

ข้อมูลส่วนตัวผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นาย/ค่านำหน้าอื่น ..... นามสกุล .....  
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ..... ออกให้ ณ อำเภอ/เขต.....  
มีสุขภาพร่างกาย สมบูรณ์ แข็งแรง และว่ายน้ำเป็น และขอรับรองว่า รูปถ่ายที่ติดอยู่นี้เป็นของข้าพเจ้าจริง

ความยินยอมของบิดา-มารดาหรือผู้ปกครองของผู้สมัคร

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว/ค่านำหน้าอื่น.....นามสกุล ..... อายุ ..... ปี  
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....ออกให้ ณ อำเภอ/เขต.....  
ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ชื่อสถานที่/หมู่บ้าน.....หมู่ที่.....  
ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....  
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อดี.....โทรศัพท์มือถือ.....  
เกี่ยวข้องกับบิดา/มารดา/ผู้ปกครองของผู้สมัคร นาย/ค่านำหน้าอื่น.....นามสกุล.....  
ยินยอมให้ผู้สมัคร ซึ่งมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และว่ายน้ำเป็น เข้ารับการทดสอบพลศึกษาและว่ายน้ำ ตามที่ระเบียบการ  
รับสมัครและคัดเลือกได้กำหนดไว้

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

ผลการทดสอบพลศึกษา และว่ายน้ำของผู้สมัคร			กรรมการที่ทดสอบลงนาม
1. ยึดพื้น/ดันข้อ 60 วินาที	ครั้ง	คะแนน	
2. ลูกนั่งในเวลา 60 วินาที	ครั้ง	คะแนน	
3. วิ่งกลับตัว 4X 10 เมตร	วินาที	คะแนน	
4. วิ่ง 1,000 เมตร	นาที:วินาที	คะแนน	
5. ว่ายน้ำ 50 เมตร	วินาที	คะแนน	

รวม.....คะแนน

ข้าพเจ้าได้รับทราบผลการทดสอบพลศึกษาและว่ายน้ำ ตรวจสอบแล้วถูกต้อง จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน  
ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและบันทึกคะแนน ผลการทดสอบพลศึกษาและว่ายน้ำ ที่ผู้สมัครได้รับเรียบร้อยแล้ว  
ลงชื่อ.....หัวหน้ากรรมการ  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....