


ให้นักศึกษาจัดเตรียมเอกสารสำหรับเข้ารับการรายงานตัวขึ้นทะเบียนนักศึกษาใหม่ และเพื่อ Upload ไฟล์เอกสาร ดังต่อไปนี้

- 1. ใบ R-2 ใบรายงานตัวเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษา ให้ลงชื่อนักศึกษาและผู้ปกครอง \*\*\*  
\*\*\* (เฉพาะระดับ ปวช.)
- 2. สำเนาใบแสดงผลการศึกษา/ระเบียบแสดงผลการเรียน  
ฉบับสมบูรณ์ที่ระบุวันที่สำเร็จการศึกษา ก่อนเปิดภาคการศึกษาแรก
- 3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครอง ชื่อต้องตรงกับชื่อผู้ปกครองที่ระบุไว้ในใบ R-2 \*\*\*  
\*\*\* (เฉพาะระดับ ปวช.)
- 4. สำเนาทะเบียนบ้านของนักศึกษา
- 5. สำเนาบัตรประชาชนของนักศึกษา
- 6. สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี) \*\*\*  
\*\*\* กรณีชื่อ-สกุล ในใบแสดงผลการศึกษา/ระเบียบแสดงผลการเรียน ไม่ตรงกับบัตรประชาชน
- 7. ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพร่างกาย
- 8. ใบ R-3 หนังสือยินยอมให้เปิดเผยข้อมูล

หมายเหตุ : 1. ให้นักศึกษาสแกนเอกสารทุกฉบับผ่านโปรแกรม Clear Scanner   
2. เอกสารที่เป็นสำเนาให้นักศึกษาลงชื่อรับรองสำเนาทุกฉบับก่อนอัปโหลดเอกสาร

หมายเหตุ : ข้าพเจ้ายืนยันว่าเอกสารที่สแกนเข้าสู่ระบบเป็นเอกสารที่ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่ามีการทุจริตหรือใช้ข้อมูลอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้มหาวิทยาลัยยกเลิกสถานะการเป็นนักศึกษาของมหาวิทยาลัย และผลการเรียนทั้งหมดเป็นโมฆะ และจะดำเนินคดีตาม พ.ร.บ. ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ รวมถึงรับผิดชอบต่อบทลงโทษตามกฎหมายคอมพิวเตอร์และกฎหมายอาญาที่เกี่ยวข้อง" มีโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาท



หนังสือยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลแก่บุคคลที่สาม

LETTER OF CONSENT TO DISCLOSE INFORMATION TO A THIRD PARTY

เรียน ท่านผู้เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้า.....

สำเร็จการศึกษาจาก.....ตกลงยินยอม  
ให้มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา เปิดเผยข้อมูลด้านการศึกษา เพื่อตรวจสอบวุฒิการศึกษา จากสถาบันการศึกษาเดิม  
และข้อมูลด้านการศึกษาปัจจุบัน ของข้าพเจ้าแก่บุคคลที่สาม เพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบประวัติการศึกษา และ/หรือ เอกสาร  
ทางการศึกษา ตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.๒๕๖๒ ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้อมูลของข้าพเจ้าที่มหาวิทยาลัย  
จะเปิดเผย ได้แก่ ชื่อและนามสกุล หลักสูตรที่ศึกษา ระยะเวลาการศึกษา วุฒิที่สำเร็จการศึกษา วันที่สำเร็จการศึกษา และผลการศึกษา

To whom it may concern,

I,..... having graduated from.....

.....hereby consent to Rajamangala University of Technology  
Lanna disclosing my educational information for the purpose of verifying my academic qualifications with my former  
educational institution, as well as my current educational records, to third parties. Such disclosure shall be carried  
out for the purpose of verifying my educational background and/or academic documents in accordance with the  
Personal Data Protection Act, B.E2562 (2019),

I acknowledge that the information to be disclosed by the University includes my name and surname, program of  
study, period of study, degree obtained, date of graduation, and academic results.

ลายมือชื่อเจ้าของข้อมูล/Candidate's Handwritten Signature.....

วันที่/Date.....

หมายเหตุ 1. เมื่อขอตรวจสอบวุฒิการศึกษากับสถานศึกษา ต้องให้เจ้าของข้อมูล ลงลายมือชื่อในหนังสือนี้ และส่งมาพร้อมกับเอกสาร  
วุฒิการศึกษาทุกครั้ง มิเช่นนั้นอาจทำให้กระบวนการในการตอบกลับผลการตรวจสอบวุฒิการศึกษาล่าช้า

2. บุคคลที่สาม หมายถึง สถาบันการศึกษาเดิมของนักศึกษา ผู้ปกครอง บิดา มารดา

Remark 1. This letter must be signed by the candidate and submitted with the academic documents when  
conducting verification with the University. Failure to send the consent letter will result in delays.

2. For the purposes of this consent, "third parties" shall include the student's former educational institution,  
parent(s), and/or legal guardian(s).



รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา

คำชี้แจง แบบฟอร์มฉบับนี้ใช้สำหรับเป็นเอกสารประกอบการรายงานตัวขึ้นทะเบียนนักศึกษาใหม่ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา โดยให้นำแบบฟอร์มฉบับนี้ไปตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลเท่านั้น ไม่รับผลตรวจจากคลินิกหรือสถานพยาบาล โดยให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกข้อมูลตามที่แสดงในแบบฟอร์ม และให้นักศึกษาใหม่นำแบบฟอร์มมาแสดงในวันรายงานตัวขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษาใหม่ เอกสารฉบับนี้สามารถใช้งานได้ภายใน 30 วันนับจากวันที่แพทย์ผู้ตรวจลงนามรับรอง

ข้อมูลส่วนที่ 1 (สำหรับนักศึกษา กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง) -----

ประวัติส่วนตัว

ชื่อ - สกุล นาย/นางสาว.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....
คณะ.....รหัสหลักสูตร.....ชื่อหลักสูตร.....
รหัสนักศึกษา.....เบอร์โทรศัพท์.....
ที่อยู่.....

ข้อมูลส่วนที่ 2 (สำหรับโรงพยาบาล) -----

- 1. ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการตรวจร่างกาย.....
2. วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับการตรวจร่างกาย.....
น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ชีพจร.....ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต.....mmHg หมู่โลหิต.....
3. ผลเอกซเรย์ทรวงอก ผล Chest X-ray.....
4. การตรวจตาบอดสี สามารถอ่าน ISHIHARA PLATE ได้ดังนี้ ตาขวา...../12 PLATES ตาซ้าย...../12 PLATES
การแปลผล ตาขวา [ ] 1) บอดสี [ ] 2) ไม่บอดสี
ตาซ้าย [ ] 1) บอดสี [ ] 2) ไม่บอดสี

5. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
ใบอนุญาตเลขที่.....ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาว.....
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้วเห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์
และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรค ดังต่อไปนี้

- 1. โรคเรื้อน 5. โรคพิษสุราเรื้อรัง
2. วัณโรคในระยะอันตราย 6. โรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
3. โรคติดยาเสพติดให้โทษ 7. กามโรคในระยะที่มีฝิ่นขึ้นหรือแผลตามผิวหนัง
4. โรคทางจิตที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรง และเป็นอุปสรรคต่อการเรียน

6. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

- ( ) สุขภาพสมบูรณ์ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย
( ) สุขภาพมีปัญหาแต่สามารถเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยได้ หากได้รับการบำบัด ดังนี้
.....
( ) สุขภาพมีปัญหาเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา เนื่องจาก.....

ลงนาม.....แพทย์ผู้ตรวจ
(.....)
วันที่.....
ประทับตราโรงพยาบาล