

## รายละเอียดการรับสมัคร

### โครงการ “ค่ายเส้นทางสู่แพทย์แผนไทยประยุกต์ศิริราช ครั้งที่ ๖”

จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ ๑๐๐ คน

ค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วม ไม่มีค่าใช้จ่าย

สถานที่ ตึกออดุยเดชวิกรม ชั้น ๑๓

คลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์ อาคารปิยมหาราชการุณย์ ชั้น ๗

กำหนดการโครงการ วันเสาร์ที่ ๗ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๐

ประกาศผล วันจันทร์ที่ ๒ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๐

ทางเว็บไซต์ [www.facebook.com/MUTHAIMEDCAMP](http://www.facebook.com/MUTHAIMEDCAMP)

### กติกาการสมัครโครงการ “เส้นทางสู่แพทย์แผนไทยประยุกต์ศิริราช ครั้งที่ ๖”

๑. ตอบคำถามตามความคิดเห็นของท่าน (เกณฑ์การให้คะแนนเป็นไปตามความเห็นของกรรมการ)
๒. เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายชั้นปีที่ ๔-๖ จากทั่วประเทศ แผนการเรียน วิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ ที่มีความสนใจในสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
๓. กรอกข้อมูลที่เป็นจริงและผ่านการไตร่ตรองแล้วเท่านั้น และต้องตอบคำถามที่เป็นข้อมูลส่วนตัวให้ครบ

**ห้าม** ใช้ดินสอและปากกาที่หมึกโดนน้ำไม่ได้

### หมายเหตุ

๑. สามารถนำใบสมัครนี้ไปถ่ายเอกสารได้
๒. หหมดเขตการส่งใบสมัครภายในวันอังคารที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๐

(ดูจากวันที่ประทับตราไปรษณีย์เป็นหลัก)

## เอกสารประกอบการสมัคร

๑. ใบสมัครโครงการ “ค่ายเส้นทางสู่แพทย์แผนไทยประยุกต์ศิริราช ครั้งที่ ๖”
๒. เอกสารยินยอมจากผู้ปกครอง
๓. ชองเปล่าขนาด ๑๑.๕ x ๑๖ เซนติเมตร ติดแสตมป์ ๕ บาท (จำหน่ายซองถึงตัวเอง)

## การส่งใบสมัครและเอกสารประกอบการสมัคร ส่งทางไปรษณีย์มาที่

สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ตึกออดุยเดชวิกรม ชั้น ๑๓ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล  
เลขที่ ๒ ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

หมายเหตุ วงเล็บมุมของว่า ใบสมัครโครงการ “ค่ายเส้นทางสู่แพทย์แผนไทยประยุกต์ศิริราช ครั้งที่ ๖”

### หมายเหตุ

- ในวันที่มาร่วมโครงการให้นักเรียนที่ผ่านการคัดเลือกแต่ง ชุดพลศึกษาของโรงเรียน ที่มีตราสัญลักษณ์โรงเรียน พร้อมทั้งเตรียมปากกาและดินสอมาด้วย
- นักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรม ต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเดินทางเองทั้งหมด
- การเข้าร่วมโครงการนี้ ไม่มีผล ต่อการเข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา

### สอบถามเพิ่มเติม

พี่เอิ้ล 080-394-4017  
พี่วิน 086-914-6629  
พี่เบนซ์ 084-734-8811

เว็บไซต์ประกาศผลและติดตามข่าว

[www.facebook.com/MUTHAIMEDCAMP](http://www.facebook.com/MUTHAIMEDCAMP)

ใบสมัครโครงการ “ค่ายเส้นทางสู่แพทย์แผนไทยประยุกต์ศิริราช ครั้งที่ ๖”

วันเสาร์ที่ ๗ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๐

สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ส่วนที่ ๑ : ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ ชื่อเล่น \_\_\_\_\_ เกิดวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

อายุ \_\_\_\_\_ ปี หมู่เลือด \_\_\_\_\_ ศาสนา \_\_\_\_\_ กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่  ๔  ๕  ๖ GPAX \_\_\_\_\_

แผนการเรียน \_\_\_\_\_ โรงเรียน \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ \_\_\_\_\_ ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_

ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

เบอร์โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ มือถือ \_\_\_\_\_ เครือข่าย \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Facebook \_\_\_\_\_

รับประทานอาหาร  ปกติ  มังสวิรัติ  เจ  อิสลาม

อื่นๆ ระบุ (เช่น อาหารที่แพ้หรือรับประทานไม่ได้) \_\_\_\_\_

ยาที่แพ้ \_\_\_\_\_ โรคประจำตัว \_\_\_\_\_

ยาประจำตัว \_\_\_\_\_ สิทธิการรักษาพยาบาล \_\_\_\_\_

ในช่วง ๖ เดือนที่ผ่านมา เคยป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือไม่

ไม่เคย  เคย เพราะเหตุใด \_\_\_\_\_

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครองที่สามารถติดต่อได้ \_\_\_\_\_ เกี่ยวข้องเป็น \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ คติประจำใจ \_\_\_\_\_

งานอดิเรก (ตอบได้มากกว่า ๑ อย่าง)

---

---

ความสามารถพิเศษ (ตอบได้มากกว่า ๑ อย่าง)

---

---

---

รู้จักค่ายนี้จากทาง (เลือกได้มากกว่า ๑ คำตอบ)

ครูแนะแนว       Poster ประชาสัมพันธ์       Facebook       เพื่อน/รุ่นพี่

งาน Open house คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

งานมหิดลวิชาการ       Website ระบุ \_\_\_\_\_

อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_

น้องเคยเข้าร่วมกิจกรรมค่ายประเภทนี้มาก่อนหรือไม่       ไม่เคย       เคย

๑. ค่าย \_\_\_\_\_ คณะ \_\_\_\_\_ มหาวิทยาลัย \_\_\_\_\_

ผลการสมัคร       ได้       ไม่ได้       ยังไม่ทราบผล

๒. ค่าย \_\_\_\_\_ คณะ \_\_\_\_\_ มหาวิทยาลัย \_\_\_\_\_

ผลการสมัคร       ได้       ไม่ได้       ยังไม่ทราบผล

๓. ค่าย \_\_\_\_\_ คณะ \_\_\_\_\_ มหาวิทยาลัย \_\_\_\_\_

ผลการสมัคร       ได้       ไม่ได้       ยังไม่ทราบผล

๔. ค่าย \_\_\_\_\_ คณะ \_\_\_\_\_ มหาวิทยาลัย \_\_\_\_\_

ผลการสมัคร       ได้       ไม่ได้       ยังไม่ทราบผล

คณะที่อยากเข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา เรียงลำดับจากมากไปน้อย (ไม่มีผลต่อการคัดเลือก)

๑. คณะ \_\_\_\_\_ มหาวิทยาลัย \_\_\_\_\_

๒. คณะ \_\_\_\_\_ มหาวิทยาลัย \_\_\_\_\_

๓. คณะ \_\_\_\_\_ มหาวิทยาลัย \_\_\_\_\_

๔. คณะ \_\_\_\_\_ มหาวิทยาลัย \_\_\_\_\_

**ส่วนที่ ๒ : ตอบคำถาม**

๑. ในความคิดของน้อง “แพทย์แผนไทยประยุกต์ และแพทย์แผนไทยแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร”

---

---

---

---

---

---

---

---

๒. น้องคิดว่าศาสตร์การแพทย์แผนไทยเป็นศาสตร์ที่ล้ำหลังหรือไม่ เพราะเหตุใด

---

---

---

---

---

---

---

---

๓. หากมีข่าวเกี่ยวกับการรับประทานยาสมุนไพร แล้วเกิดผลข้างเคียงรุนแรง น้องมีความคิดเห็นอย่างไร

---

---

---

---

---

---

---

---

๔. อะไรที่เป็นแรงบันดาลใจให้น้องมาค่ายนี้ (ตอบมากกว่า ๕ บรรทัด)

---

---

---

---

---

---

---

---

๕. ถ้าน้องสามารถสร้างสิ่งประดิษฐ์ขึ้นมาหนึ่งชิ้น น้องจะสร้างอะไร เพราะเหตุใด

---

---

---

---

---

---

---

---

๖. ถ้าเปรียบตัวเองเป็นพีช ๑ ชนิด น้องจะเปรียบเป็นอะไร เพราะเหตุใด

---

---

---

---

---

---

---

---

๗. ถ้าน้องสามารถก่ออาชญากรรมได้ ๑ อย่าง โดยไม่ผิดกฎหมายใดๆ น้องจะลงมือทำอะไร เพราะเหตุใด

---

---

---

---

---

---

---

---

๘. สิ่งที่น้องคาดหวังจะได้รับจากค่ายนี้

---

---

---

---

---

---

---

---

๙. ตามความเข้าใจของน้องแพทย์แผนไทยมีความสำคัญอย่างไรกับสังคมไทย

---

---

---

---

---

---

---

๑๐. จงให้คำนิยามของคำว่า “ความสุข”

---

---

---

---

---

---

---



ส่วนที่ ๓ : ให้น้องทำอะไรก็ได้กับกระดาษแผ่นนี้ (ตามความคิดสร้างสรรค์ของน้อง)



ใบขออนุญาตผู้ปกครองของผู้สมัครเข้าร่วมโครงการ “ค่ายเส้นทางสู่แพทย์แผนไทยประยุกต์ศิริราช ครั้งที่ ๖”  
คณะแพทยศาสตร์ศรีราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ ผู้ปกครองของ \_\_\_\_\_

เกี่ยวข้องกับ \_\_\_\_\_ ขออนุญาตให้เข้าร่วมโครงการ “ค่ายเส้นทางสู่แพทย์แผนไทยประยุกต์ศิริราช ครั้งที่ ๖”

เป็นค่ายซึ่งจัดโดย สถานการณ์แพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศรีราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ในวันเสาร์ที่ ๗ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๐ เวลา ๐๗:๓๐ – ๑๗:๓๐ น. ณ อาคารปิยมหาราชการุณย์ ชั้น ๗

โรคประจำตัวของนักเรียน \_\_\_\_\_ สิ่งที่นักเรียนแพ้ \_\_\_\_\_

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

หมายเหตุ ใบขออนุญาตผู้ปกครองนี้จะมีผลต่อเมื่อผู้สมัครได้รับการคัดเลือกเข้าโครงการ  
“ค่ายเส้นทางสู่แพทย์แผนไทยประยุกต์ศิริราช ครั้งที่ ๖”