

กำหนดการเซ็นสัญญารับสมัครสนับสนุนการศึกษา จากบริษัท ซีพี ออลล์ จำกัด(มหาชน)
นักศึกษาใหม่ ปี 61 สาขาวิชาการจัดการธุรกิจค้าปลีก
รอบที่ 3(รับตรงร่วม) รอบที่ 3.5(ภาคี) และรอบพิเศษ

วันพุธ ที่ 20 มิถุนายน 2561 เวลา 10.00 น.

ณ ห้อง MSC07 ชั้น 2 คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

เวลา	กำหนดการ
08.30-10.00 น.	นักศึกษาใหม่ รายงานตัวกับมหาวิทยาลัย ณ สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน อาคารกาญจนาภิเษกอนุสรณ์ (ตึก 9 ชั้น) <u>ให้แล้วเสร็จในช่วงเช้า</u>
10.00-10.15 น.	นักศึกษาใหม่ทุกคนพร้อมผู้ปกครองลงทะเบียนหน้าห้องประชุม MSC07
10.15-10.30 น.	กล่าวต้อนรับนักศึกษาใหม่และผู้ปกครอง ชี้แจงรายละเอียดการเรียนการสอนของหลักสูตร โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์เตชธรรม สังข์คร ประธานหลักสูตร
10.30-11.15 น.	ชี้แจงรายละเอียดการฝึกภาคปฏิบัติและแนวทางการดูแลนักศึกษาของบริษัท ซีพี ออลล์ จำกัด(มหาชน) โดย คุณวริทธิ์ อักษรสาร เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลจากบริษัทฯ
11.15-12.00 น.	กิจกรรมสัมภาษณ์นักศึกษาพร้อมผู้ปกครอง
12.00-13.00 น.	พักเที่ยง(นักศึกษาที่ยังไม่รายงานตัวกับมหาวิทยาลัยในช่วงเช้า ให้รีบดำเนินการ)
13.00-15.00 น.	นักศึกษาและผู้ค้าประกัน(ผู้ปกครอง) เซ็นสัญญารับเงินสนับสนุนพร้อมกัน

เอกสารที่นักศึกษาต้องเตรียมมา

- รูปถ่ายชุดนักเรียน 1 นิ้ว (เขียนชื่อ – สกุล หลังรูปทุกรูป) 3 รูป
- สำเนาบัตรประชาชน 3 ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้าน 3 ฉบับ
- สำเนาวุฒิการศึกษา 6 ภาคเรียน 3 ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครอง หรือ ผู้ค้าประกัน 2 ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ปกครอง หรือ ผู้ค้าประกัน 2 ฉบับ
- ใบตรวจสุขภาพ 1 ฉบับ
(ตรวจสุขภาพแบบธรรมดา ณ โรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนหรือคลินิก โดยใช้แบบฟอร์มจากบริษัทตั้งแนบ)
- สำเนาทะเบียนบัญชีเงินฝาก ธนาคารกรุงเทพ 2 ฉบับ
(เปิดในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยบัญชีจะต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา)

- หมายเหตุ : 1. ในวันเซ็นสัญญา นักศึกษาต้องพาผู้ปกครองหรือผู้ค้าประกันมาด้วย
2. เอกสารต้องเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ
3. แต่งกายชุดนักเรียนสุภาพ



ติดต่อ-สอบถาม เพิ่มเติม

สำนักงานคณบดี คณะวิทยาการจัดการ โทร. 077913369/0845576064 (คุณธนากร)

สแกน QR CODE เข้าเป็นสมาชิกในไลน์กลุ่มนักศึกษาใหม่ “ธุรกิจค้าปลีก ปี 61”

รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย

เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาทุนการศึกษาต่อในระดับปริญญาตรี

จาก บริษัท ซีพี ออลล์ จำกัด (มหาชน)

ประจำปีการศึกษา 2561

ชื่อ - สกุล นาย นาง นางสาว.....

ชื่อสถานศึกษาที่ศึกษาต่อ วิทยาลัย / มหาวิทยาลัย..... จังหวัด.....

วัน - เดือน - ปีเกิด.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

วัน - เดือน - ปี ที่เข้ารับการตรวจ.....

1. การตรวจร่างกายทั่วไป

(สำหรับแพทย์กรอก)

น้ำหนัก.....กิโลกรัม

ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ความดันโลหิต.....mm.Hg

ชีพจร.....ครั้ง : นาที

2. ผลการเอ็กซเรย์ปอด(Chest X-ray)

ปกติ ผิดปกติ เนื่องจาก.....

3. ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

ปกติ ผิดปกติ เนื่องจาก.....

4. ผลการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ (Amphetamine)

ปกติ ผิดปกติ เนื่องจาก.....

5. ผลการตรวจร่างกายโดยแพทย์

ข้าพเจ้า.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาต เลขที่.....

ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ได้ตรวจร่างกายให้แก่ นาย/นาง/นางสาว

เห็นว่าเป็นผู้ที่มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้ที่มีจิตฟั่นเฟือน หรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้ ไม่ปรากฏอาการ และ
อาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

หอบหืด/ภูมิแพ้

วัณโรคปอด

โรคติดเชื้อเสพติดให้โทษ

โรคพิษสุราเรื้อรัง

โรคจิตต่าง ๆ

โรคकुठะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ

โรคลมชัก

ตัวเหลือง ตาเหลือง

หุนหวน

ตาบอดสี

6. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

เหมาะสมที่จะศึกษาต่อในสถานศึกษา และสามารถปฏิบัติงานได้ต่อเนื่องเป็นเวลานาน

ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาต่อในสถานศึกษาและควรเข้ารับการรักษา เนื่องจาก.....

ลงชื่อผู้รับการตรวจ

ลงนาม.....แพทย์ผู้ตรวจ

หมายเหตุ : ใบบรายงานการตรวจสุขภาพฯที่สมบูรณ์ ต้องประทับตราโรงพยาบาลที่ตรวจ และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ