

คุณสมบัติเพิ่มเติมและเกณฑ์ต่าง ๆ ของการรับบุคคลเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี

ระบบ TCAS รอบที่ 2 Quota

มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2569

คณะเภสัชศาสตร์

หลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต

ค่าธรรมเนียมตลอดหลักสูตร 360,000 บาท (เหมาจ่ายภาคการศึกษาละ 30,000 บาท)

1. จำนวนที่เปิดรับ 40 คน (จำนวนรับรวม 2 โครงการ)

1. โครงการพื้นที่ จำนวน 20 คน
2. โครงการ MOU จำนวน 20 คน

2. คุณสมบัติทั่วไป

นอกจากผู้สมัครต้องมีคุณสมบัติเบื้องต้นตาม “ประกาศมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง การรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี ระบบ TCAS รอบที่ 2 Quota ปีการศึกษา 2569 แล้ว จะต้องมีความรู้และคุณสมบัติต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- (1) กำลังการศึกษา ชั้น มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6
- (2) หน่วยกิตกลุ่มสาระการเรียนรู้ที่กำหนด : รับทุกแผนการศึกษา

3. คุณสมบัติเฉพาะ

3.1 โครงการพื้นที่

ต้องเป็นผู้ที่กำลังศึกษาจากโรงเรียนในจังหวัดต่อไปนี้

- 3.1.1 กลุ่มกาญจนบุรี ได้แก่ จังหวัดราชบุรี กาญจนบุรี สุพรรณบุรี และนครปฐม (รวม โรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์)
- 3.1.2 กลุ่มนครสวรรค์ ได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท พิจิตร กำแพงเพชร และเพชรบูรณ์
- 3.1.3 กลุ่มอำนาจเจริญ ได้แก่ อำนาจเจริญ ยโสธร มุกดาหาร และร้อยเอ็ด

3.2 โครงการ MOU

ต้องเป็นผู้ที่กำลังศึกษาจากโรงเรียนตามประกาศของสถาบันพระบรมราชชนกและมีคุณสมบัติตามข้อกำหนดดังนี้

ข้อกำหนดด้านภูมิลำเนา

ผู้สมัคร หรือ บิดา หรือ มารดา หรือ ผู้ปกครอง ตามที่ศาลแต่งตั้ง จะต้องมีภูมิลำเนาและชื่อปรากฏอยู่ในทะเบียนบ้านในจังหวัดตามหลักสูตรที่ประสงค์เข้าศึกษา โดยมีหลักฐานทะเบียนบ้านแสดงการพำนักอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3 ปี นับจนถึงวันสุดท้ายของการรับสมัคร

ข้อกำหนดด้านการศึกษา

- ผู้สมัครจะต้องเป็นนักเรียนสัญชาติไทยที่ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายครบทุกชั้นปี และกำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ณ โรงเรียนที่ตั้งอยู่จังหวัดตามตารางด้านล่างนี้

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนที่เปิดรับแต่ละจังหวัด
1	จังหวัดปทุมธานี	6
2	จังหวัดสิงห์บุรี	3
3	จังหวัดอ่างทอง	3
4	จังหวัดลพบุรี	4
5	จังหวัดสระบุรี	4
รวม		20

- ผู้สมัครต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ และมีแนวคิดในการนำองค์ความรู้ด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิไปพัฒนางานในชุมชน

4. คุณสมบัติเฉพาะด้านสุขภาพ

ต้องมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรค อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงานและการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ได้แก่ โรคจิตชนิดต่างๆ อันอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตราย ตามบอดสี (การตรวจตาบอดสีต้องได้รับการตรวจ Ishihara Test และ Farnsworth D-15 hue Test โดยแพทย์ระบุว่าไม่มีผลต่อการเรียน) หูหนวก หรือเป็นใบ้ และโรคอื่นๆ ตามที่สภาเภสัชกรรมกำหนด โดยจะต้องมีใบรับรองแพทย์มายืนยัน ทั้งนี้รวมถึงโรคหรือความพิการอื่นๆ ที่ไม่ได้ระบุไว้ แต่คณะกรรมการสอบคัดเลือกของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลให้ความเห็นว่าอาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงานและการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

5. คุณสมบัติเพิ่มเติม

หากผู้สมัครมีคุณสมบัติเพิ่มเติมข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ จะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ คือ มีผลการสอบภาษาอังกฤษได้มาตรฐานตามที่มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนดโดยผลสอบต้องไม่เกิน 2 ปี ดังนี้

- MU-ELT ≥ 84
- TOEIC ≥ 600
- TOEFL iBT ≥ 64
- IELTS ≥ 5.0
- TOEFL iTP (จัดสอบโดยมหาวิทยาลัยมหิดล) ≥ 500
- Duolingo English Test ≥ 90

กระบวนการรับสมัคร

การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการดำเนินการผ่านระบบโควตาพื้นที่ทั้ง 2 โครงการ โดยคณะเภสัชศาสตร์ในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ จะจัดสอบคัดเลือกตามแนวทางที่คณะฯ กำหนด ผู้สมัครต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ที่ระบุในข้อ 2 ถึง ข้อ 4 ข้างต้น จึงจะมีสิทธิ์เข้าสู่กระบวนการคัดเลือก

6. เกณฑ์คะแนนขั้นต่ำ และเกณฑ์การคัดเลือกเป็นผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

รายละเอียด	เกณฑ์การสมัคร	เกณฑ์การคัดเลือก (เต็ม 100%)
A-Level (คะแนนเต็มวิชาละ 100 คะแนน) ใช้คะแนนที่จัดสอบโดย ทปอ. ในวันที่ 14-16 มีนาคม พ.ศ. 2569		80%
คณิตศาสตร์ 1 รหัส 61	≥ 30	
ฟิสิกส์ รหัส 64	≥ 30	
เคมี รหัส 65	≥ 30	
ชีววิทยา รหัส 66	≥ 30	
สังคมศึกษา รหัส 70	≥ 30	
ภาษาไทย รหัส 81	≥ 30	
ภาษาอังกฤษ รหัส 82	≥ 30	
TPAT 1 ใช้คะแนนที่จัดสอบโดย กสพท ในวันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2569 วันเดียวเท่านั้น	≥ 1	20%
ผลสัมฤทธิ์	-	
ผลตรวจสุขภาพ - ผลตรวจปกติตามเกณฑ์ที่กำหนด		มีผลเป็น “ผ่าน”

ทั้งนี้ การพิจารณาของคณะกรรมการคัดเลือกของคณะฯ ถือเป็นขั้นสุดท้าย

7. เอกสารที่ต้อง Upload ในระบบสมัคร Online

- (1) รูปถ่ายดิจิทัลของผู้สมัคร เป็นรูปเดี่ยว ขนาด 1.5x2 นิ้ว หน้าตรงเต็มหน้า เห็นใบหน้าชัดเจน มีขนาดของ ใบหน้าประมาณร้อยละ 80 ของพื้นที่รูป สวมชุดนักเรียนหรือชุดสุภาพ ไม่สวมหมวกและแว่นตา พื้นหลัง สีขาวหรือสีฟ้าหรือสีน้ำเงิน เป็นรูปที่ไม่ถูกปรับแต่งทางดิจิทัล และถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน จัดทำเป็นไฟล์รูป นามสกุล .jpg ขนาดความกว้าง ระหว่าง 180-500 พิกเซล และสูงระหว่าง 200-600 พิกเซล ขนาดไฟล์ ไม่เกิน 240 KB
- (2) บัตรประจำตัวประชาชน เฉพาะด้านหน้าที่มีรูปของผู้สมัคร ถ่ายเอกสารหรือสแกนบนกระดาษขนาด A4 เขียนข้อความ “รับรองสำเนาถูกต้อง” พร้อมลงลายมือชื่อ – ชื่อสกุลของผู้สมัคร ลงในกระดาษหรือดิจิทัล ไฟล์แล้วสแกนหรือแปลงเป็นไฟล์นามสกุล .pdf ขนาดไฟล์ไม่เกิน 2 MB (หนึ่งในกรณีที่มีชื่อหรือชื่อสกุลของผู้สมัครตามบัตรประชาชนไม่ตรงกับสำเนาระเบียนแสดงผลการเรียน (ปพ.1) ให้ถ่าย

เอกสารหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือ ชื่อสกุลลงบนกระดาษ A4 สแกนเป็นไฟล์นามสกุล .pdf แล้วแนบรวมมาในไฟล์เดียวกันกับบัตรประจำตัวประชาชน)

(3) สำเนาทะเบียนบ้าน

3.1 **โครงการพื้นที่** สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร เฉพาะหน้าแรกและหน้าที่มีชื่อของผู้สมัคร ถ่ายเอกสารหรือสแกนบนกระดาษขนาด A4 หน้าเดียวกัน ผู้สมัครเขียนข้อความ “รับรองสำเนาถูกต้อง” พร้อมลงลายมือชื่อ-ชื่อสกุลของผู้สมัครลงในกระดาษหรือดิจิทัลไฟล์แล้วสแกนหรือแปลงเป็นไฟล์ .PDF ขนาดไฟล์ไม่เกิน 2MB

3.2 **โครงการ MOU** สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร หรือ บิดา หรือ มารดา หรือ ผู้ปกครอง เฉพาะหน้าแรกที่มีภูมิลำเนาตามข้อกำหนด และหน้าที่มีชื่อของผู้สมัคร ถ่ายเอกสารหรือสแกนบนกระดาษขนาด A4 หน้าเดียวกัน ผู้สมัครเขียนข้อความ “รับรองสำเนาถูกต้อง” พร้อมลงลายมือชื่อ-ชื่อสกุลของผู้สมัครลงในกระดาษหรือดิจิทัลไฟล์แล้วสแกนหรือแปลงเป็นไฟล์ .PDF ขนาดไฟล์ไม่เกิน 2MB

(4) ระเบียบแสดงผลการเรียนรู้ (ปพ.1) ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 (5 ภาคการศึกษา) โรงเรียนออกให้โดยต้องมีตราประทับของโรงเรียน ถ่ายเอกสารหรือสแกนบนกระดาษขนาด A4 หน้าเดียวกัน ผู้สมัครเขียนข้อความ “รับรองสำเนาถูกต้อง” พร้อมลงลายมือชื่อ-ชื่อสกุลของผู้สมัครลงในกระดาษหรือดิจิทัลไฟล์แล้วสแกนหรือแปลงเป็นไฟล์ .PDF ขนาดไฟล์ไม่เกิน 2MB (กรณีมี 2 หน้า ให้สแกนทั้งด้านหน้าและด้านหลัง รวมไว้ในไฟล์เดียวกัน และลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทั้งสองหน้า)

(5) ใบรับรองคะแนนของส่วนกลาง (GPAXและGPA) 5 ภาคการศึกษา (มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4-6) **(ดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้จาก<https://tcas.mahidol.ac.th/>)**

(6) ผลการตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มแนบท้ายประกาศฉบับนี้ ซึ่งมี 2 หน้า คือ Self Certificate Form และ Student Health Record Form (สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้จาก <https://tcas.mahidol.ac.th/> ในหน้าเว็บไซต์ “ดาวน์โหลดเอกสารประกอบการรับสมัคร” ส่วนของคณะเภสัชศาสตร์) ผู้สมัครต้องดำเนินการส่งแบบฟอร์มทั้ง 2 ฉบับ จึงจะถือว่าการสมัครสมบูรณ์

6.1 สำหรับ Student Health Record Form ต้องรับรองโดยโรงพยาบาลของรัฐบาลหรือโรงพยาบาลของเอกชนที่แสดงว่าผู้สมัคร ต้องมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคอันเป็นอุปสรรคต่อการเรียน การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ได้แก่ โรคจิตชนิดต่าง ๆ อันอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตราย ตามบัญชี **(การตรวจตาบอดสีต้องได้รับการตรวจ Ishihara test และ Farnsworth D-15 hue test โดยแพทย์ระบุว่ามีผลต่อการเรียน)** หูหนวก หรือเป็นใบ้ โดยจะต้องมีใบรับรองแพทย์มายืนยัน ทั้งนี้รวมถึงโรคหรือ ความพิการอื่น ๆ ที่ไม่ได้ระบุไว้แต่คณะกรรมการสอบคัดเลือกของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลให้ความเห็นว่า อาจเป็นอุปสรรคต่อการเรียน การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

6.2 สำหรับ Self Certificate Form ให้ผู้สมัครประเมินและบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริงและลงลายมือชื่อของผู้สมัครเอง

(7) ใบแสดงผลคะแนนหรือหนังสือรับรองผลการสอบวัดความรู้ภาษาอังกฤษ โดยผลสอบต้องไม่เกิน 2 ปี (ถ้ามี)

การสอบสัมภาษณ์

1. ค่าธรรมเนียมการสอบสัมภาษณ์ คนละ 1,000 บาท
2. กำหนดการสอบสัมภาษณ์

วันที่	เวลา	สถานที่
1. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ในระบบเป็นรายบุคคล	วันพฤหัสบดีที่ 23 เมษายน พ.ศ. 2569	https://tcas.mahidol.ac.th/
2. การสอบสัมภาษณ์	วันเสาร์ที่ 25 เมษายน พ.ศ.2569	จะแจ้งให้ทราบภายหลัง

8. อาชีพหลังสำเร็จการศึกษา

หลังจากสอบผ่านใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ตามเกณฑ์ของสภาเภสัชกรรมแล้ว ผู้สำเร็จการศึกษาสามารถประกอบวิชาชีพเป็น เภสัชกรในสาขาต่าง ๆ เช่น เภสัชกรโรงพยาบาล เภสัชกรร้านยา เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงงานยา เภสัชกรการตลาด เป็นต้น รวมถึงสามารถสมัครเพื่อขอรับการสอบเพื่อศึกษาต่อในระดับเภสัชกรประจำบ้านในสาขาความเชี่ยวชาญต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบประสาท และศึกษาต่อในระดับปริญญาโท และปริญญาเอกในสาขาต่าง ๆ ได้ เช่น เภสัชเคมี เภสัชกรรมคลินิก เภสัชอุตสาหการ เป็นต้น

9. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

โทร 02-354-3748 หรือ 098-949-2954 (ติดต่อวันจันทร์-วันศุกร์ 08.30-16.30 น. ในเวลาราชการ)

เว็บไซต์ <https://pharmacy.mahidol.ac.th/admissions>

อีเมล suchanya.sea@mahidol.ac.th

Facebook <https://www.facebook.com/mupyclub>



Self-certificate
Faculty of Pharmacy, Mahidol University

(Student fills out this section)

National ID / passport No.....

Name.....

Sex ☐ Male ☐ Female

My name is

I confirm that I do not have any of the following conditions, currently.

1. โรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholism)
2. โรคลมชัก (Epilepsy)
3. ติดยาเสพติด (Drug Addiction)
4. โรคทางจิตเวช (psychosis)
5. โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตรายอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ได้แก่ โรคเท้าช้าง, โรคคุดคระราด หรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ, โรคซิฟิลิสในระยะที่มีผื่นหรือแผลตามผิวหนัง, โรควัณโรค และโรคเรื้อนในระยะแสดงอาการ
6. โรคไม่ติดต่อ หรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง และผู้รับบริการและการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
7. มีความพิการทางร่างกายอันอาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงานและการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
8. มีความผิดปกติในการได้ยินทั้งสองข้าง โดยมีระดับการได้ยินเฉลี่ยที่ความถี่ 500-2,000เฮิรตซ์ สูงกว่า 40 เดซิเบล และความสามารถในการแยกแยะคำพูด (Speech discrimination score) น้อยกว่าร้อยละ 70 จากความผิดปกติของประสาทและเซลล์ประสาทการได้ยิน (Sensorineural hearing loss) อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
9. มีความผิดปกติในการเห็นภาพ ระดับการมองเห็นในตาข้างดี เมื่อแก้ไขด้วยแว่นสายตาแล้ว แย่กว่า 6/12 หรือ 20/40 ที่ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
10. โรคมะเร็งหรือโรคติดต่อร้ายแรงอื่นๆที่ยังรักษาไม่หายขาด (Other active cancer or serious infectious diseases).....
11. โรค หรือ ความพิการอื่นๆ ซึ่งมิได้ระบุไว้ ที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

I hereby declare any other diseases (if any),

.....

Student signature.....

(.....)

หมายเหตุ: การให้ข้อมูลเท็จและการทุจริตในการส่งสิ่งตรวจจะมีผลทำให้สิ้นสภาพนักศึกษาได้

Note: Giving false information and sending fraud specimens will result in termination of student status.

Student Health Record Form
Faculty of Pharmacy, Mahidol University



National ID / passport No.....

Name.....

Sex ☐ Male ☐ Female

Date of examination.....

1	Height.....cm	Weight.....kg	BMI...../m ²	BP...../.....mmHg	Pulse...../min	BT.....°C
2	Eye examination* : Responsible person's name.....code.....					
	Vision : RE.....c glass.....c PH..... / LE.....c glass.....c PH.....					
	Color Blindness test: Rt. eye : ☐ Normal ☐ Abnormal Lt. eye : ☐ Normal ☐ Abnormal Please attach results of Ishihara test and Farnsworth D-15 hue test					
3	Hearing: Tuning forks test :					
	Air cond. > Bone cond.	Rt. ☐ Normal ☐ Abnormal / Lt. ☐ Normal ☐ Abnormal				
	Weber's test lateralizing to	☐ Rt. ☐ Lt. ☐ Center				
4	General appearance	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
	HEENT	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
	Superficial Lymph nodes	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
	Respiratory system	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
	Cardiovascular system	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
	Abdomen	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
	Neurological system	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
	Skin and musculoskeletal	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
	Mental health status	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
5	CXR *	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
6	Others					

Physician's conclusion of opinion and recommendations

.....

Physician Signature.....
(.....)

Hospital stamp
ประทับตรา
โรงพยาบาล

Medical License Code (เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม).....

Hospital.....

หมายเหตุ: * กรุณานำผลการตรวจรายการต่าง ๆ มาด้วย (Please attach the official examination results;
Eye examination, CXR (report and others)

* แบบฟอร์มการตรวจร่างกายต้องมีอายุไม่เกิน 6 เดือน