แบบฟอร์มผลการตรวจตา เพื่อสมัครเข้าฝึกอบรม

หลักสูตรวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาจักษุวิทยา

ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

(โปรดกรอกให้ครบทุกช่อง)

ชื่อผู้สมัคร นพ., พญ.....นามสกุล.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (13 หลัก) .....

1. ผลการตรวจ visual acuity with ○ glasses ○contact lens ○pinhole

OD..... ..... OS.....

2. ผลการตรวจ stereopsis ด้วยเครื่องมือ ○ Titmus stereotest

○ TNO test

ได้ระดับ stereoacuity ..... seconds of arc

3. มีความกว้างระหว่างตาทั้งสองข้าง วัดจากศูนย์กลางม่านตาที่ระยะไกล (interpupillary distance) เท่ากับ.....mm

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ .....

หมายเลขโทรศัพท์ .....

[นพ. / พญ..... (ตัวบรรจง)]

จักษุแพทย์ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่ .....