

แบบฟอร์มผลการตรวจตา เพื่อสมัครเข้าฝึกอบรม  
หลักสูตรวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาจักษุวิทยา  
ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
(โปรดกรอกให้ครบทุกช่อง)

ชื่อผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว..... 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 สามารถติดต่อ  
ข้าพเจ้าได้ที่ .....  
หมายเลขโทรศัพท์ .....

(ลงนาม)

[นพ. / พญ..... (ตัวบรรจง)]  
จักษุแพทย์ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....  
วันที่ .....