



๕/๒๕๖๙

ประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
เรื่อง การรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
ปีการศึกษา ๒๕๖๙

ด้วยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก มีความประสงค์เปิดรับสมัครและสอบคัดเลือกผู้เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ (เรียนวันศุกร์ - วันอาทิตย์) จำนวน ๘๐ คน

ข้อ ๑ หลักสูตรที่เปิดรับสมัครและคัดเลือก ปีการศึกษา ๒๕๖๙ มีรายละเอียดต่าง ๆ ดังต่อไปนี้
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล จำนวน ๒ โครงการ

- ๑.๑ โครงการบุคคลทั่วไป จำนวน ๔๐ คน
๑.๒ โครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์ครอบครัว ตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วไทย (๙ หมอ) จำนวน ๔๐ คน
(จำแนกตามจังหวัด ดังนี้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๑๘ คน จังหวัดชุมพร ๑๙ คน จังหวัดระนอง ๕ คน จังหวัดภูเก็ต ๒ คน และจังหวัดพังงา ๖ คน)

ข้อ ๒ วิธีการรับสมัคร

- ๒.๑ ศึกษารายละเอียดในประกาศนี้ ให้ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ของผู้สมัคร
๒.๒ สมัครด้วยตนเอง ดาวน์โหลดเอกสารใบสมัคร กรอกข้อมูลรายละเอียดให้ครบถ้วน ชัดเจน ยืนยันความจำนงสมัครตามวัน เวลา ที่กำหนด (ด้วยตนเองที่สถานศึกษา)
๒.๓ สมัครทางไปรษณีย์ ดาวน์โหลดเอกสารใบสมัคร กรอกข้อมูลรายละเอียดให้ครบถ้วน ชัดเจน ยืนยันความจำนงสมัครตาม วัน เวลา ที่กำหนด จัดส่งเอกสารการสมัครตามที่วิทยาลัยฯ กำหนด
๒.๔ ชำระค่าธรรมเนียมการสมัครผ่าน App ธนาคารกรุงไทยเลือกจ่ายบิล ระบุรหัส Company Code ๘๒๖๕๗ ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี (ระบุ - เลขบัตรประชาชน - เบอร์โทรศัพท์) ภายในวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๙ เวลา ๑๒.๐๐ น. หากผู้สมัครมีได้ดำเนินการชำระเงินค่าสมัครตามที่กำหนด จะถือว่าการสมัครทางไปรษณีย์ นั้น เป็นโมฆะ
๒.๕ เมื่อชำระเงินค่าสมัครเรียบร้อยแล้ว จึงถือว่าการสมัครเสร็จสิ้นสมบูรณ์ และต้องเก็บหลักฐานการชำระเงินไว้เป็นหลักฐาน
๒.๖ ผู้สมัครสามารถตรวจสอบรายชื่อผู้สมัคร ที่เว็บไซต์ <https://www.bcnurat.ac.th> วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี (Boromarajonani College of Nursing Suratthani)
๒.๗ การสมัครจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ต่อเมื่อผู้สมัครได้ชำระเงินค่าสมัครผ่านช่องทางที่วิทยาลัยฯ กำหนดไว้ กรณีสมัครทางไปรษณีย์ ผู้สมัครจะต้องแนบสำเนาหลักฐานการโอนเงินมาพร้อมกับชุดสมัคร ทางวิทยาลัยฯ จะไม่คืนเงินค่าสมัครไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

ข้อ ๓ ประเภทแผนผลิต โครงการที่รับสมัคร และจำนวนการรับ ตามแผนการผลิตของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกกำหนด (ตามเอกสารแนบท้ายภาคผนวก ๑) ได้แก่

๓.๑ แผนผลิตปกติ

- ๓.๑.๑ โครงการบุคคลทั่วไป หมายถึง การรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตร ที่วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกจัดการเรียนการสอน และมีคุณสมบัติอื่นตาม

หลักเกณฑ์เงื่อนไขที่สถาบันกำหนด โดยผู้เข้าศึกษาจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการศึกษาด้วยตนเอง และไม่มีภาระผูกพันการจ้างงานเมื่อสำเร็จการศึกษา

๓.๒ แผนผลิตโครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์ครอบครัวตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วประเทศ (๙ หมอ) หมายถึง การรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเพื่อเข้าศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลและหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยสาธารณสุข ตามจำนวนการรับในแต่ละจังหวัดที่สถาบันกำหนด จะได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการศึกษาและต้องเข้าปฏิบัติงานในหน่วยงานเจ้าของโควตาเมื่อได้รับการเรียกตัวไปปฏิบัติงาน

ข้อ ๔ ค่าสมัคร จำนวน ๓๕๐ บาท

ข้อ ๕ หลักสูตรหรือโครงการที่เปิดรับสมัคร

๕.๑ แผนผลิตปกติ โครงการบุคคลทั่วไป

๕.๒ แผนผลิตโครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์ครอบครัวตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วประเทศ (๙ หมอ) เลือกได้ ๕ สถานที่แหล่งงาน ทั้งนี้ขึ้นกับสถานบริการของแต่ละจังหวัดตามภูมิลำเนาทะเบียนบ้านที่ยื่นสมัคร และต้องมีคุณสมบัติอื่น ๆ ตามที่กำหนดในประกาศนี้

ข้อ ๖ การเปิดภาคการศึกษา วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๙

ข้อ ๗ สถานศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ข้อ ๘ คุณสมบัติการสมัคร

๘.๑ คุณสมบัติทั่วไป คุณสมบัติด้านพื้นที่ และคุณสมบัติเฉพาะ

๘.๑.๑ คุณสมบัติทั่วไป

- ๑) เป็นผู้มีสัญชาติไทย
- ๒) เป็นผู้ที่มีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๖ ปีบริบูรณ์ นับถึงวันเปิดภาคการศึกษา และแผนผลิตโครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์ครอบครัวตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วประเทศ (๙ หมอ) อายุไม่เกิน ๓๕ ปี นับถึงวันเปิดภาคการศึกษา
- ๓) เป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านตามโครงการรับสมัครที่กำหนด
- ๔) เป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ มีบุคลิกภาพที่เหมาะสม ไม่มีความพิการ หรือผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบวิชาชีพ
- ๕) เป็นผู้มีความประพฤติดี ไม่เคยมีชื่อเสียงเสียหาย ไม่เคยถูกลงโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- ๖) กรณีผู้สมัครเป็นชายต้องไม่เป็นผู้ถูกคัดเลือกเข้ารับราชการทหารในเดือนเมษายน ๒๕๖๙
- ๗) ไม่เป็นภิกษุ สามเณรและนักบวช ตามคำสั่งมหาเถรสมาคมที่ ๑/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๘ เดือนกันยายน พ.ศ.๒๕๖๔ เรื่อง กรณีพระภิกษุสามเณรเรียนวิชา หรือสอบแข่งขัน หรือสอบคัดเลือกอย่างคฤหัสถ์ พ.ศ. ๒๕๖๔

๘.๑.๒ คุณสมบัติด้านพื้นที่

- ๑) ผู้สมัครตามแผนผลิตปกติ ไม่กำหนดพื้นที่
- ๒) ผู้สมัครโครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์ครอบครัวตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วประเทศ (๙ หมอ) ต้องอาศัยอยู่ในจังหวัดตามภูมิลำเนาทะเบียนบ้านของตนเอง หรือบิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่ศาลมีคำสั่งแต่งตั้ง ตามจังหวัดที่ยื่นสมัครในหลักสูตรที่ประสงค์เข้าศึกษา โดยนับถึงวันเปิดภาคการศึกษา และมีคุณสมบัติอื่น ๆ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนด

ข้อ ๑๐ กำหนดการรับสมัคร

๓.๑ การรับสมัคร

๓.๑.๑ สมัครด้วยตนเอง	วันที่ ๓๐ มีนาคม - ๘ พฤษภาคม ๒๕๖๙
๓.๑.๒ สมัครทางไปรษณีย์	วันที่ ๓๐ มีนาคม - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๙
๓.๒ ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบคัดเลือก	วันที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๙
๓.๓ สอบคัดเลือก	วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙
๓.๓.๑ สอบข้อเขียน	เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.
๓.๓.๒ สอบสัมภาษณ์	เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.
๓.๔ ประกาศผลสอบคัดเลือกเพื่อตรวจร่างกาย	วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๙
๓.๖ ส่งผลการตรวจร่างกาย ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ชั้น ๒ อาคารเรียน ๑	วันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๙
๓.๗ ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา	วันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๙
๓.๘ รายงานตัวเข้า และชำระค่าลงทะเบียน	วันที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๙
๓.๙ ปฐมนิเทศนักศึกษาใหม่	วันที่ ๑๑ - ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๙ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.
๓.๑๐ เปิดภาคการศึกษา ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๙	วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๙

ข้อ ๑๑ เอกสารประกอบการสมัคร

๑๑.๑ รูปถ่ายของผู้สมัคร หน้าตรงไม่สวมหมวก และแว่นตาดำ (ไม่ถูกปรับแต่งรูปถ่าย) ขนาด ๑ นิ้ว ภายถ่ายไม่เกิน ๖ เดือนนับถึงวันสมัคร และลงลายมือชื่อในใบสมัครให้ครบถ้วน

๑๑.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร และหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล (ถ้ามี) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๑๑.๓ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

กรณีใช้ภูมิลำเนาของบิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครองที่ศาลมีคำสั่งแต่งตั้งในการสมัครให้ยื่นสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครองที่ศาลมีคำสั่งแต่งตั้ง พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๑๑.๔ สำเนาใบระเบียนแสดงผลการเรียน (รป.๑ หรือ ปพ.๑) ใช้ผลการเรียน ๖ ภาคการศึกษา สำหรับผู้ที่สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง สำหรับผู้สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรเทียบเท่า ให้สำเนาผลการเรียนที่สำเร็จการศึกษา พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๑๑.๕ รายงานผลการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐฉบับจริง ซึ่งแพทย์ผู้ตรวจ ลงนามรับรองและประทับตราโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลเอกชนที่สามารถตรวจได้ครบทุกรายการตามแบบฟอร์มที่สถาบันกำหนด (กรณีมีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์)

ข้อ ๑๒ ข้อตกลงหรือเงื่อนไขในการสมัคร

๑๒.๑ ผู้สมัครจะต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบและรับรองตนเองว่า เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามประกาศรับสมัคร และต้องกรอกรายละเอียดต่าง ๆ ให้ถูกต้องครบถ้วนตรงตามความเป็นจริง ในกรณีที่มีความผิดพลาดอันเกิดจากผู้สมัคร หรือภายหลังสถาบันตรวจพบว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติไม่ตรงตามประกาศรับสมัคร หรือเอกสารหลักฐานคุณสมบัติไม่ตรงตามความเป็นจริงหรือไม่เป็นไปตามประกาศรับสมัครให้ถือว่าผู้สมัครเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครไม่มีสิทธิ์ในการเข้าศึกษา

๑๒.๒ กรณีผู้สมัครให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ หรือจงใจปกปิดข้อมูล หรือแม้ปรากฏเป็นความเท็จขึ้นภายหลังจากการเข้าศึกษาแล้ว จะต้องถูกตัดสิทธิ์การเข้าศึกษา

๑๒.๓ การพิจารณาตัดสิทธิ์เข้าศึกษาด้วยเหตุผลทางคุณสมบัติด้านการศึกษาหรือด้านสุขภาพกระทำโดยคณะกรรมการไม่น้อยกว่า ๒ ใน ๓ ซึ่งมีจำนวนกรรมการไม่น้อยกว่า ๕ คน

๑๒.๔ ผู้สมัครที่ได้รับคัดเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรต่าง ๆ ในแต่ละโครงการเป็นการเข้าศึกษาตามภูมิลำเนา ซึ่งไม่ผูกพันเรื่องทุนการศึกษา เว้นแต่ได้รับการคัดเลือกให้ได้รับทุนการศึกษากรณีที่มีผู้สนับสนุนซึ่งจะมีเงื่อนไขการขอใช้ทุนการศึกษา เมื่อสำเร็จการศึกษา

๑๒.๕ แผนผลิตปกติ หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลที่ได้รับทุนการศึกษาจากสำนักงานประมาณแบบให้เปล่าตามจำนวนที่แต่ละวิทยาลัยได้รับจัดสรร

๑๒.๖ โครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์ครอบครัวตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วประเทศ (๙ หมอ) ต้องปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ (สอน.) หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตามที่สมัครและได้รับการคัดเลือก หลังสำเร็จการศึกษา อย่างน้อย ๑ ปี

๑๒.๗ ผลการพิจารณาตัดสินการคัดเลือกของคณะกรรมการรับสมัครและคัดเลือก ให้ถือเป็นที่สุด

๑๒.๘ นอกจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ซึ่งตนเลือกสมัครไว้นั้น ระหว่างดำเนินการคัดเลือกเข้าศึกษาตามประกาศนี้ผู้สมัครไม่อาจเปลี่ยนไปเข้าศึกษาที่วิทยาลัยแห่งอื่นในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกได้

๑๒.๙ กรณีการคัดเลือกไม่ครบตามประเภทและจำนวนแผนการรับที่กำหนดไว้ตามประกาศนี้ สถาบันพระบรมราชชนก มีสิทธิ์ที่จะปรับเปลี่ยนประเภท จำนวนการรับเข้าศึกษาหรือบริหารจัดการข้ามวิทยาลัยหรือหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม

ข้อ ๑๓ ค่าใช้จ่ายในการเข้าศึกษา

ผู้สมัครที่ได้รับคัดเลือกเข้าศึกษา ณ วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จะต้องชำระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการศึกษา รวมถึงค่าใช้จ่ายในการศึกษาอื่น ๆ ตามที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนด ยกเว้นหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล แผนผลิตโครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์ครอบครัวตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วประเทศ (๙ หมอ) ไม่ต้องชำระค่าใช้จ่ายในการศึกษา

หมายเหตุ ผู้สมัครต้องศึกษารายละเอียดในประกาศนี้ให้ครบถ้วนก่อนการสมัคร โดยสถาบันพระบรมราชชนก ขอสงวนสิทธิ์ที่จะไม่คืนเงินค่าสมัครและค่าลงทะเบียนเรียน (แรกเข้า) นับตั้งแต่ทำการโอนเงินค่าสมัครและค่าลงทะเบียนเรียน (แรกเข้า)

ข้อ ๑๔ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ งานทะเบียนนักศึกษา เบอร์โทรศัพท์ ๐ ๗๗๒๘ ๗๘๑๖ ต่อ ๓๒๓ ในวันและเวลาราชการ (เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.)

ประกาศ ณ วันที่ ๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

Don-olof

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงหทัย ศรีสุจริต)

รักษาราชการแทน

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี



ใบสมัครเข้าศึกษาต่อในสถาบันพระบรมราชชนก
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (๑ ปี)
โครงการบุคคลทั่วไป และโครงการผลิตแพทย์ฯ (๙ หมอ)

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

- ๑. คำนำหน้าชื่อ นาย นาง นางสาว ยศ (ระบุ)
ชื่อ-ชื่อสกุล (ภาษาไทย).....
ชื่อ-ชื่อสกุล (ภาษาอังกฤษ).....
- ๒. วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุปี.....เดือน
สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
ส่วนสูง.....น้ำหนัก.....โรคประจำตัว.....
- ๓. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
- ๔. สถานภาพการสมรส โสด สมรส หย่าร้าง/หม้าย
- ๕. ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....
โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....
โทรสาร.....

๖. ประวัติการศึกษา

ระดับการศึกษา	สถานศึกษา	สาขาวิชาเอก	ปีที่สำเร็จการศึกษา	คะแนนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร
มัธยมศึกษาปีที่ ๖ หรือเทียบเท่า				
อนุปริญญา				
ปริญญาตรี				

- ๗. สถานที่ทำงานในปัจจุบัน
 ราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน ธุรกิจส่วนตัว (ระบุ).....
ชื่อหน่วยงาน.....
เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....

๘. ประสบการณ์การทำงานตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

ชื่อหน่วยงาน	แผนก	ตำแหน่ง	ระยะเวลา

๙. บิดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
อาชีพ..... ยังมีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

๑๐. มารดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
อาชีพ..... ยังมีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

๑๑. ท่านมีแรงจูงใจหรือเหตุผลใดในการสมัครเข้าศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
(โปรดอธิบายความตั้งใจ แรงบันดาลใจ หรือเป้าหมายในอนาคต)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๑๒. ท่านมีแผนการอย่างไรในการเรียนให้สำเร็จตามระยะเวลาที่กำหนดของหลักสูตร
(โปรดอธิบายการจัดสรรเวลา การเตรียมตัว และแนวทางการเรียนรู้ของตนเอง)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๑๓. หลังจากสำเร็จการศึกษาแล้ว ท่านมีแผนการหรือความตั้งใจในการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในอนาคตอย่างไร (เช่น การทำงานในสถานพยาบาล การศึกษาต่อ หรือการพัฒนาตนเองในวิชาชีพ)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

๑๔. ข้อมูลการสมัคร

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะสมัครเข้าศึกษาในสถาบันพระบรมราชชนก

โครงการบุคคลทั่วไป

โครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์ครอบครัวตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วไทย (๙ หมอ) ระบุตามลำดับ

อันดับที่ ๑ รพ.สต./สอน. ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

อันดับที่ ๒ รพ.สต./สอน. ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

อันดับที่ ๓ รพ.สต./สอน. ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

อันดับที่ ๔ รพ.สต./สอน. ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

อันดับที่ ๕ รพ.สต./สอน. ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

๑๕. คำรับรองของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว ยศ.....

ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าได้รับคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล จะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่ เดือน..... พ.ศ.๒๕๖๙

หลักฐานประกอบการสมัคร

๑. ใบสมัครตามแบบฟอร์มของวิทยาลัยฯ จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาวุฒิการศึกษา หรือระเบียบแสดงผลการเรียน หรือใบรับรองผลการเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.๖) หรือเทียบเท่า ตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๔. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๕. รูปถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ไม่สวมแว่นตาคำ ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป และถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน นับถึงวันสมัคร (**ติดใบสมัคร**)
๖. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือชื่อสกุล (ถ้ามี) รับรองสำเนาถูกต้อง
๗. หลักฐานรายงานผลการตรวจร่างกาย โดยแนบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมตามที่ระบุไว้ในประกาศ (เช่น ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ หรืออื่น ๆ ตามที่กำหนด) จำนวน ๑ ฉบับ
๘. หลักฐานการชำระเงิน (สลิปการโอนเงิน) จำนวน ๑ ฉบับ

หมายเหตุ – รับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

- นำบัตรประจำตัวประชาชน ยื่นในวันสอบข้อเขียนและสอบสัมภาษณ์
- ข้อ ๗ หลักฐานรายงานผลการตรวจร่างกาย ยื่นหลังจากประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก (ตามแบบฟอร์ม รายงานผลการตรวจร่างกาย ท้ายประกาศ)

*** ขอความร่วมมือในการจัดเตรียมเอกสารให้ครบถ้วนตามที่กำหนด ***



รายงานผลการตรวจร่างกาย
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ ๑ ผู้มีสิทธิเข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

เขียนที่ _____
วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____
ชื่อ(นาย,นาง,นางสาว) _____ นามสกุล _____ อายุ _____ ปี
เกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ สถานที่เกิด _____ จังหวัด _____

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิเข้าศึกษา

เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ สมอ หัวใจ
 กระดูก อื่น ๆ ระบุ _____

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล คือ _____ เมื่อ พ.ศ. _____
ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ _____

ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา _____ นามสกุล _____ อายุ _____ ปี

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ _____
 ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ _____

ชื่อมารดา _____ นามสกุล _____ อายุ _____ ปี

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ _____
 ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายงานผลการตรวจร่างกายเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังข้อมูลดังกล่าวเป็นเท็จหรือปกปิดข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนตามคุณสมบัติด้านสุขภาพที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนด ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิในการเข้าศึกษา

ลงชื่อ _____

(ผู้มีสิทธิเข้าศึกษา)

ลงชื่อ _____ ผู้รับรอง

(บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง)



ส่วนที่ ๒ แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์, แพทย์หญิง _____ นามสกุล _____
 สถานที่ปฏิบัติงาน _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม _____ ได้ตรวจร่างกายของ _____ แล้ว
 ได้ผลดังนี้

ผลการตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก _____ กก. ส่วนสูง _____ ซม. ความดันโลหิต _____ มม.ปรอท ชีพจร _____ ครั้ง/นาที			
ลักษณะรูปร่าง บุคลิกภาพ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
ลักษณะแขนและมือ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
ลักษณะขาและเท้า	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
กระดูกและกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
การออกเสียงพูด	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
ลักษณะในช่องปาก	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
ลักษณะผิวหนัง	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
โรคเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น	<input type="checkbox"/> เป็น	ระบุ _____
การเคลื่อนไหวของร่างกาย	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
ระบบประสาท	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
โรคเท้าช้าง	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น	<input type="checkbox"/> เป็น	ระบุ _____
โรคลมชัก	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น	<input type="checkbox"/> เป็น	ระบุ _____

การมองเห็น (VA) กรุณาระบุการอ่านค่าสายตา (ระดับการมองเห็นในตาข้างใดข้างหนึ่ง เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว)

ตาขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
ตาซ้าย	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____

ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี)

	<input type="checkbox"/> ไม่บอดสี		
	<input type="checkbox"/> บอดสี	ระบุสี _____	
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูซ้าย	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
การได้ยินหูขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
การได้ยินหูซ้าย	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____

(*กรณีมีความผิดปกติของการได้ยิน ให้ตรวจสอบเพิ่มเติมด้วยการตรวจวัดสมรรถภาพการได้ยิน หรือ Audiography)

จมูก	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
ต่อมไทรอยด์	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
ต่อมน้ำเหลือง	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
โรคจิต สุขภาพจิต	<input type="checkbox"/> ไม่เคยมีปัญหาสุขภาพจิต		
	<input type="checkbox"/> เคยมีปัญหาสุขภาพจิต		ระบุ _____
โรคคนเผลอก	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น	<input type="checkbox"/> เป็น	ระบุ _____
การทำงานของหัวใจ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
ความผิดปกติอื่น ๆ ที่ตรวจพบ			ระบุ _____



ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)

Urine analysis (UA)

- Albumin ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____
- Sugar ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____
- Sediments ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____
- สารเสพติด (มอร์ฟีน, แอมเฟตามีน หรืออื่น ๆ อย่างน้อย ๑ ประเภท)
 ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____

Complete blood count (CBC)

- Hemoglobin ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____
- Hematocrit ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____

Red blood cell morphology

- Anisocytosis ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____
- Poikilocytosis ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____
- Hypochromia ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____
- Microcytosis ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____
- Macrocytosis ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____

White blood cell count

- Neutrophil ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____
- Basophl ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____
- Eosinophil ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____
- Lymphocyte ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____
- Monocyte ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____
- Platelets ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

- Chest X-rays ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย,นาง,นางสาว _____ นามสกุล _____
มีสุขภาพอยู่ในประเภท ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____

(ลงชื่อ) _____

(_____)

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาล
ประทับตราสถานบริการ