

สว/๒๕๖๙



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี
เรื่อง ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสอบวัดความรู้พื้นฐานเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙

ตามประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี เรื่อง ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบวัดความรู้พื้นฐานเพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ โดยมีกำหนดสอบวัดความรู้พื้นฐาน ในวันศุกร์ที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี นั้น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี ขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ (ดังรายชื่อแนบท้ายประกาศนี้) และให้ผู้ผ่านการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาฯ ตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลของรัฐ หรือ โรงพยาบาลเอกชน (ตามแบบฟอร์ม รายงานผลการตรวจร่างกาย และจะต้องมีตราโรงพยาบาลประทับในแบบฟอร์มตรวจร่างกาย) โดยผู้ผ่านการคัดเลือกฯ ยื่นหลักฐานผลการตรวจร่างกาย ด้วยตนเอง ภายในวันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๙ เวลา ๙.๐๐-๑๒.๐๐ น. ณ หอประชุม ชุมศรีเจริญลาภ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี แต่งกายด้วยชุดสุภาพ ทั้งนี้ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกฯตามประกาศสแกน QR Code เพื่อรับทราบการชี้แจงรายละเอียดต่างๆ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

๙ ๒

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิจวรรณ วีรวัฒน์โนดม)
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี



QR Code

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

รายชื่อผู้ผ่านการสอบคัดเลือกฯ หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ปีการศึกษา ๒๕๖๙

ประเภทโครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์ครอบครัว (๙ หมอ)

ลำดับที่	คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล	ภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้าน (จังหวัด)
๑	นางสาว	กนิษฐา	จันเมือง	สุราษฎร์ธานี
๒	นางสาว	กาญจนา	กว้างปรีชา	สุราษฎร์ธานี
๓	นางสาว	เกสินี	จรอนันต์	สุราษฎร์ธานี
๔	นางสาว	จิตามา	บุญยจรัสทวี	สุราษฎร์ธานี
๕	นางสาว	ชฎามาศ	คงสำราญ	สุราษฎร์ธานี
๖	นางสาว	ทิพวัลย์	รอดแก้ว	สุราษฎร์ธานี
๗	นางสาว	ธนิษฐา	ชูช่วยสุวรรณ	สุราษฎร์ธานี
๘	นางสาว	ธิดารัตน์	คนเฉลิ้ว	ระนอง
๙	นางสาว	ไบเฟริน	คงแก้ว	สุราษฎร์ธานี
๑๐	นางสาว	พจนีย์	บุญพิทักษ์	สุราษฎร์ธานี
๑๑	นางสาว	พัชรภา	ลอยเลื่อน	สุราษฎร์ธานี
๑๒	นางสาว	มณัญญา	พรหมจันทร์	สุราษฎร์ธานี
๑๓	นางสาว	มานิตา	คุ้มจันทร์	สุราษฎร์ธานี
๑๔	นางสาว	เมธาวี	มังกรรัตน์	สุราษฎร์ธานี
๑๕	นางสาว	รัตนภรณ์	ภิญโญ	สุราษฎร์ธานี
๑๖	นางสาว	ศศิธร	มีวิเชียร	สุราษฎร์ธานี
๑๗	นางสาว	สุดารัตน์	สุวิสัน	พังงา
๑๘	นางสาว	สุพิพัฒน์	เจริญคุณ	สุราษฎร์ธานี
๑๙	นางสาว	อลีนา	ทิศหมัด	สุราษฎร์ธานี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
รายชื่อผู้ผ่านการสอบคัดเลือกฯ หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ปีการศึกษา ๒๕๖๙

ประเภทโครงการบุคคลทั่วไป

ลำดับที่	คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล	ภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้าน (จังหวัด)	หมายเหตุ
๑	นางสาว	กนกพร	นกแก้ว	สุราษฎร์ธานี	
๒	นางสาว	กนกวรรณ	ทับทิมทอง	สุราษฎร์ธานี	
๓	นางสาว	กนกศรี	ทิพย์ทอง	สุราษฎร์ธานี	
๔	นางสาว	จิรภา	สุวรรณรัตน์	สุราษฎร์ธานี	
๕	นางสาว	จิราวรรณ	มากมิตร	ชุมพร	
๖	นางสาว	จุฑาทิพย์	วิจิตร	สุราษฎร์ธานี	
๗	นางสาว	ชนัญชิตา	พรหมทอง	สุราษฎร์ธานี	
๘	นางสาว	ชมพูนุช	พิลาบุตร	เพชรบูรณ์	
๙	นางสาว	ชามีร่า	กสิคุณ	กระบี่	
๑๐	นาย	ดิศรณ์	อินทชชสาร	สุราษฎร์ธานี	
๑๑	นางสาว	ทิพย์พารณ	ทิพย์บรรพต	สุราษฎร์ธานี	
๑๒	นางสาว	ทิพวัลย์	สุขแสน	สุราษฎร์ธานี	
๑๓	นางสาว	ธีรนาฏ	พรหมเมือง	สุราษฎร์ธานี	
๑๔	นางสาว	นิโรส	เจ๊ะอาแซ	นราธิวาส	
๑๕	นางสาว	นุจรีนทร์	จันทร์ตรีรัตน์	สุราษฎร์ธานี	
๑๖	นางสาว	บุษยมาศ	ภักดีวิจิตร	สุราษฎร์ธานี	
๑๗	นางสาว	ปรีศนา	ปุโรย	สุราษฎร์ธานี	
๑๘	นางสาว	ปวันรัตน์	หนูภักดี	สุราษฎร์ธานี	
๑๙	นางสาว	ปิ่นธันน	นิสภา	ชุมพร	
๒๐	นางสาว	ปัทมาศ	แสนภักดี	สุราษฎร์ธานี	
๒๑	นางสาว	ปิยวรรณ	นวลกลับ	สุราษฎร์ธานี	
๒๒	นางสาว	เปรมฤดี	จันทร์รอด	สุราษฎร์ธานี	
๒๓	นางสาว	พรพรรณ	ทองคำ	สุราษฎร์ธานี	
๒๔	นางสาว	พิมมาลา	กองศิลป์	สุราษฎร์ธานี	
๒๕	นางสาว	เพ็ญประภา	แก้วเหล็ก	สุราษฎร์ธานี	
๒๖	นางสาว	แพรวพรรณ	แพ่งลีลิต	ชุมพร	
๒๗	นางสาว	รวีวรรณ	ศรีแก้ว	นครศรีธรรมราช	
๒๘	นางสาว	วรรณวิษา	นวลลักษณ์	สุราษฎร์ธานี	
๒๙	นางสาว	วันวิสาข์	คำประสงค์	ชุมพร	
๓๐	นางสาว	วิณี	นิลน้อย	ระนอง	
๓๑	นางสาว	สร้อยสุดา	ศรีทอง	กระบี่	
๓๒	นางสาว	สาธิตา	ดำเชื้อ	สุราษฎร์ธานี	
๓๓	นางสาว	สุธารัตน์	แก้วจันทร์	สุราษฎร์ธานี	

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
 รายชื่อผู้ผ่านการสอบคัดเลือกฯ หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ปีการศึกษา ๒๕๖๙

ประเภทโครงการบุคคลทั่วไป

ลำดับที่	คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล	ภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้าน (จังหวัด)	หมายเหตุ
๓๔	นางสาว	สุนิษา	หนูจันทร์แก้ว	นครศรีธรรมราช	
๓๕	นางสาว	อนงค์นาฏ	เอี่ยมนิล	สุราษฎร์ธานี	
๓๖	นาย	อนุชาติ	คำเนตร	ตรัง	
๓๗	นางสาว	อภิวรรณ	แก้วสงค์	สุราษฎร์ธานี	
๓๘	นางสาว	อมราพร	ฝั่งดอกไม้	สุราษฎร์ธานี	
๓๙	นาง	อรอุมา	หนูสุด	สุราษฎร์ธานี	
๔๐	นางสาว	อุมาพร	เกิดลาภ	พังงา	
๔๑	นางสาว	จวีร์พร	ขุนรักษ์	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๑
๔๒	นางสาว	สุรีรัตน์	บุญเหลี่ยม	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๒
๔๓	นางสาว	จันทร์ธิดา	ละม้าย	นครศรีธรรมราช	สำรอง ๓
๔๔	นางสาว	เจนจิรา	จำรูญกิจ	พังงา	สำรอง ๔
๔๕	นางสาว	อัมพิกา	จิวไม้แดง	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๕
๔๖	นางสาว	กฤติยาภรณ์	พงษ์จีน	นครศรีธรรมราช	สำรอง ๖
๔๗	นางสาว	ศรุตดา	สายสุด	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๗
๔๘	นางสาว	ณัฐนิษา	โกहनด	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๘
๔๙	นางสาว	ชนัญชิตา	ทองมาลา	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๙
๕๐	นางสาว	นงนุช	สบเมยวิมานสุข	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๑๐
๕๑	นางสาว	กัณทิมา	เทวฤทธิ์	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๑๑
๕๒	นางสาว	สุกานดา	ยาจาติ	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๑๒
๕๓	นาง	ธิดารัตน์	วันทอง	ชุมพร	สำรอง ๑๓
๕๔	นางสาว	วิศรา	เลาะหริ่ม	ชุมพร	สำรอง ๑๔
๕๕	นางสาว	อามีหน๊ะ	สาหมาน	พัทลุง	สำรอง ๑๕
๕๖	นาย	ณัฐพล	บริสุทธิ์	ชุมพร	สำรอง ๑๖
๕๗	นางสาว	กฤตพร	ทองราช	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๑๗
๕๘	นางสาว	นุจรินทร์	เรืองณรงค์	ระนอง	สำรอง ๑๘
๕๙	นาย	ภูมินทร์	แมงเมิน	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๑๙
๖๐	นางสาว	ณัฐนิษา	จันทร์แจ่มใส	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๒๐
๖๑	นางสาว	ภาวิณี	สาระรักษ์	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๒๑
๖๒	นางสาว	อภิญา	มะลิเงิน	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๒๒
๖๓	นางสาว	อพันตรี	ไทยวงษ์	ชุมพร	สำรอง ๒๓
๖๔	นางสาว	สุนิษา	วรรณรังษี	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๒๔
๖๕	นางสาว	รัตนติยาภรณ์	ย้อยญาติ	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๒๕
๖๖	นางสาว	อรนุช	ยี่หมาด	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๒๖

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
รายชื่อผู้ผ่านการสอบคัดเลือกฯ หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ปีการศึกษา ๒๕๖๙

ประเภทโครงการบุคคลทั่วไป

ลำดับที่	คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล	ภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้าน (จังหวัด)	หมายเหตุ
๖๗	นางสาว	กิตติมา	พิมลศรี	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๒๗
๖๘	นางสาว	ยูธิกา	เทพทอง	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๒๘
๖๙	นางสาว	สุภาภรณ์	นิลอนันต์	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๒๙
๗๐	นางสาว	ฐิติพร	แก้วอำไพ	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๓๐
๗๑	นางสาว	วิไลพร	ว่าวทอง	ระนอง	สำรอง ๓๑
๗๒	นางสาว	สุภาภรณ์	จำนงจิต	นครศรีธรรมราช	สำรอง ๓๒
๗๓	นางสาว	กนกวรรณ	ยอดหนู	สงขลา	สำรอง ๓๓
๗๔	นางสาว	ปนัดดา	ยมโชติ	ชุมพร	สำรอง ๓๔
๗๕	นาง	นงลักษณ์	นันทา	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๓๕
๗๖	นางสาว	อภิสรา	จิตรอารี	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๓๖
๗๗	นางสาว	ทิพย์รัตน์	คมคาย	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๓๗
๗๘	นางสาว	สิริญญา	จันทร์ภูงค์	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๓๘
๗๙	นางสาว	น้ำทิพย์	อำนาจ	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๓๙
๘๐	นางสาว	ปิยธิดา	เหล่าสมบัติ	สุราษฎร์ธานี	สำรอง ๔๐



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

Basophil 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



รายงานผลการตรวจร่างกาย
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ ๑ ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

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

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ สมอ หัวใจ
 กระตัก 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 หากตรวจพบภายหลังข้อมูลดังกล่าวเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนตามคุณสมบัติด้านสุขภาพที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนด ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์ในการเข้าศึกษา

ลงชื่อ

(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา)

ลงชื่อ

(บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง)

ผู้รับรอง



ส่วนที่ ๒ แพทย์เป็นผู้กรอก

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

ผลการตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก	กก. ส่วนสูง	ชม. ความดันโลหิต	มม.ปรอท	ซีพจร	ครึ่ง/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	
โรคเรื้อน		<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			

ภาคผนวก

๘.๑.๒ คุณสมบัติด้านพื้นที่

๑) ผู้สมัครตามแผนผลิตปกติ ไม่กำหนดพื้นที่

๒) ผู้สมัครโครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์ครอบครัว
ตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วไทย (๙ หมอ) ต้องอาศัยอยู่ในจังหวัดตามภูมิลำเนาทะเบียนบ้านของ
ตนเอง หรือบิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่ศาลมีคำสั่งแต่งตั้ง ตามจังหวัดที่ยื่นสมัครในหลักสูตรที่ประสงค์เข้า
ศึกษา โดยนับถึงวันเปิดภาคการศึกษา และมีคุณสมบัติอื่น ๆ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่สถาบันพระบรมราช
ชนกกำหนด