

**รับสมัครบุคคลเข้าศึกษา**  
**หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ 10**  
**หลักสูตรนี้ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล**  
**ได้รับประกาศนียบัตรรับรองคุณวุฒิ**

**สำเร็จแล้วสามารถทำงานในสถานพยาบาลของรัฐบาลและเอกชนได้**

**คุณสมบัติของผู้ศึกษา**

1. มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) หรือเทียบเท่าตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง
2. มีสัญชาติไทย อายุไม่ต่ำกว่า 16 ปีบริบูรณ์ นับถึงวันเปิดการศึกษา
3. น้ำหนักตัวไม่น้อยกว่า 40 กิโลกรัม ส่วนสูงไม่ต่ำกว่า 150 เซนติเมตร
4. มีสุขภาพร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ไม่ติดสารเสพติดให้โทษ หรือโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่มีคามพิการหรือผิดปกติ และไม่เป็นโรคจิตอันเป็นอุปสรรคต่อการเรียนและการปฏิบัติงาน
5. มีประวัติความประพฤติดี ไม่เคยมีชื่อเสียงเสียหาย ไม่เคยต้องโทษในคดีอาญา
6. มีเจตคติที่ดีต่อการช่วยเหลือผู้อื่น และมีบุคลิกภาพเหมาะสมกับอาชีพ
7. ไม่ตั้งครมภ์ขณะศึกษาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

**หลักฐานการสมัคร**

- รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาดำ ชุดสุภาพ ขนาด 1 นิ้ว 2 รูป
- สำเนาใบรับรองวุฒิการศึกษา 1 ชุดและสำเนาใบแสดงผลการเรียน 1 ชุด
- สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประชาชน อย่างละ 1 ชุด
- ใบรับรองแพทย์ 1 ชุด (นำมาในวันที่สอบสัมภาษณ์)
- หลักฐานอื่นๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล ทะเบียนสมรส ใบผ่านเกณฑ์ทหาร (ถ้ามี)

**ระยะเวลาการศึกษา**

- ภาคทฤษฎี (กุมภาพันธ์ – สิงหาคม 2564)
  - วันศุกร์ เวลา 17.00 – 20.00 น.
  - วันเสาร์ – อาทิตย์ เวลา 08.00 – 17.00 น.
  - ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
- ภาคปฏิบัติ (สิงหาคม 2564 – เมษายน 2565)
  - วันศุกร์ – เสาร์ – อาทิตย์ และวันทำการเฉพาะบางรายวิชา

**หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๑๐**  
**ตารางกำหนดการรับสมัคร การสอบคัดเลือก และการปฐมนิเทศ**

กำหนดการ	กำหนดวัน /ระยะเวลา	สถานที่
<b>การรับสมัคร</b> - สมัครสอบด้วยตัวเอง - สมัครทางไปรษณีย์	วันที่ 19 ตุลาคม 2563 - 8 มกราคม 2564 วันที่ 19 ตุลาคม 2563 - 30 ธันวาคม 2563	อาคารมหามกุฏราชานุสรณ์ ชั้น 4 ห้อง 3404 (ในวันเวลาราชการ) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 203 ม.2 ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี
<b>กำหนดการสอบคัดเลือก</b> - ประกาศผู้มีสิทธิ์สอบ - สอบ (ข้อเขียน) - สอบสัมภาษณ์ (พร้อมเอกสารการตรวจร่างกาย) - ประกาศผลผู้สอบผ่าน - รายงานตัว (พร้อมชำระค่าลงทะเบียน)	วันที่ 6 มกราคม 2564 วันที่ 15 มกราคม 2564 เวลา 08.00 - 12.00 น. วันที่ 15 มกราคม 2564 เวลา 13.00 - 17.00 น. วันที่ 19 มกราคม 2564 วันที่ 24 มกราคม 2564	ทางเว็บไซต์ <a href="http://www.pckpb.ac.th">www.pckpb.ac.th</a> หอประชุมแก้วเจ้าจอม ทางเว็บไซต์ <a href="http://www.pckpb.ac.th">www.pckpb.ac.th</a> หอประชุมแก้วเจ้าจอม
ปฐมนิเทศ	วันที่ 30 31 มกราคม 2564	หอประชุมแก้วเจ้าจอม
เปิดการศึกษา	วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2564	-

**\*\*\* เอกสารการตรวจร่างกายนำมาวันที่สอบสัมภาษณ์ \*\*\***

**ค่าสมัคร 200 บาท**

( \*\*\*วิทยาลัยฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนในทุกกรณี \*\*\*)

**ค่าลงทะเบียนเข้าศึกษา**

รายงานตัวและจ่ายค่าลงทะเบียนคนละ 45,000 บาท ตามประกาศของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

\*\*\* วิทยาลัยพยาบาลฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงิน ค่าสมัครสอบ และค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใด ๆ

**ติดต่อรายละเอียดเพิ่มเติม**

- วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โทร. 032-427049 ต่อ 3404

- อาจารย์วันดี ชูชื่น 086 - 1676610

- นางสาวจิราวรรณ คร้ามอยู่ 063 - 0720817 , 092 - 7744601

หมายเหตุ : ขอสงวนสิทธิ์ไม่เปิดการศึกษาหากผู้ศึกษาไม่ถึง 40 คน

**\*\*\*กรณีสมัครผ่านทางไปรษณีย์ ให้ผู้สมัครโอนเงินค่าสมัครเข้าบัญชี**

**ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่บัญชี 703-1-85682-5**

**ธนาคาร กรุงไทย สาขา เพชรบุรี (พร้อมแนบหลักฐานการโอนเงินมาพร้อมใบสมัคร)\*\*\***



วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี  
203 หมู่ 2 ต.ธงชัย อ.เมือง จ.เพชรบุรี 76000  
ใบสมัครหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

ประวัติส่วนบุคคล

ชื่อ.....นามสกุล.....	รูปถ่าย
Name in English.....	
ที่อยู่ปัจจุบัน.....	
โทรศัพท์.....	
วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ.....ปี ศาสนา.....	
เชื้อชาติ.....	
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....	ณ. อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
วันที่ออกบัตร.....	วันที่บัตรหมดอายุ.....
สุขภาพ <input type="checkbox"/> สมบูรณ์ <input type="checkbox"/>	มีโรคประจำตัวคือ.....
ดื่มสุราหรือไม่.....	สูบบุหรี่หรือไม่.....
งานอดิเรก.....	กีฬาที่สนใจ.....

ความสามารถพิเศษ.....

ฐานะการสมรส  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า/แยกกันอยู่

ชื่อคู่สมรส.....สถานที่ทำงาน.....

ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....

จำนวนบุตร.....คน ชาย.....คน หญิง.....คน เขียนหนังสือ.....คน ไม่ได้เรียน.....คน

ชื่อบิดา.....นามสกุล.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

ชื่อมารดา.....นามสกุล.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

ท่านเป็นบุตรคนที่.....ในจำนวนพี่น้อง.....คน พี่ชาย.....คน พี่สาว.....คน น้องชาย.....คน น้องสาว.....คน

ระดับการศึกษา.....จากสถานศึกษา.....เกรดเฉลี่ย.....

\*\*สถานะทางทหาร  ผ่านการเกณฑ์ทหารแล้ว  ได้รับการยกเว้น  ยังไม่ได้เกณฑ์

ประสบการณ์ทำงานทางด้าน.....จำนวน.....ปี

ปัจจุบันทำงาน.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....เบอร์โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความรายละเอียดที่ปรากฏในใบสมัครนี้ เป็นความจริงทุกประการ หากภายหลังพบว่าไม่เป็นความจริงตามที่  
รับรองไว้ข้างต้น ข้าพเจ้ายินดีให้วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีพิจารณาตามที่เห็นควร

หลักฐาน การสมัคร

รูปถ่ายหน้าตรง จำนวน 1 นิ้ว 2 รูป ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

สำเนาใบรับรองวุฒิการศึกษา 1 ฉบับ และสำเนาแสดงผลการเรียน 1 ฉบับ (.....)

สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ และสำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับ .....

หลักฐานอื่น ๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล ทะเบียนสมรส ใบเกณฑ์ทหาร ( ถ้ามี )

รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

ส่วนที่ 1 ผู้มีสิทธิเข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ชื่อ(นาย,นาง,นางสาว) ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... สถานที่เกิด ..... จังหวัด .....

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิเข้าศึกษา

เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ  สมอ  หัวใจ

กระดูก  อื่นๆระบุ .....

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาลคือ ..... เมื่อ พ.ศ. ....

ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ .....

ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ .....

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

ชื่อมารดา ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ .....

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการหากตรวจพบภายหลังว่าไม่ถูกต้องหรือไม่เป็นความจริงข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการศึกษา

ลงชื่อ .....

(ผู้เข้ารับการศึกษ)

ลงชื่อ ..... ผู้รับรอง

(บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครอง)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้ารับการศึกษไม่บรรลุนิติภาวะ ต้องมีบิดา หรือ มารดา หรือ ผู้ปกครอง เป็นผู้รับรอง

## ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์, แพทย์หญิง ..... นามสกุล .....  
สถานที่ปฏิบัติงาน ..... อ. เกอ/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"/> ผิดปกติระบุ .....
ลักษณะแขนและมือ	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ .....
ลักษณะขาและเท้า	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ .....
กระดูกและกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ .....
การออกเสียงพูด	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ .....
ลักษณะในช่องปาก	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ .....
ลักษณะผิวหนัง	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ .....
โรคเรื้อน	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็นระบุ .....
การเคลื่อนไหวของร่างกาย	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ .....
ระบบประสาท	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ .....
โรคเท้าช้าง	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็นระบุ .....
โรคลมชัก	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็นระบุ .....
การมองเห็น (VA)ตาขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ .....
การมองเห็น (VA)ตาซ้าย	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ .....
ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี)	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา <input type="checkbox"/> เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาระบุ .....
โบทูและลักษณะภายนอกของ หูขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ .....
โบทูและลักษณะภายนอกของ หูซ้าย	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ .....
การได้ยินหูขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ .....
การได้ยินหูซ้าย	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ .....
จมูก	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ .....
ต่อมทอนซิล	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ .....
ต่อมไทรอยด์	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ .....
ต่อมน้ำเหลือง	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ .....
ลักษณะทรงอก	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติระบุ .....

โรคจิต สุขภาพจิต

ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาระบุ .....

โรคคนเหี้ยม

ไม่เป็น  เป็นระบุ .....

การท างานของหัวใจ

ปกติ  ผิดปกติระบุ .....

ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบระบุ .....

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่านาย,นาง,นางสาว ..... นามสกุล .....

มีสุขภาพอยู่ในประเภท  ปกติ  ผิดปกติระบุ .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจประจำ โรงพยาบาลของรัฐ