ประกาศวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๑๒

.....

ตามที่วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้ดำเนินการสอบคัดเลือกหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๑๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๖ ในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖ เรียบร้อยแล้วนั้น

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๑๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๖ จำนวน ๓๙ คน ตามเอกสารที่แนบท้ายประกาศนี้ และขอให้ผู้ที่มีรายชื่อดังกล่าว ดำเนินการตรวจร่างกายและส่งเอกสารหลักฐาน ตามเงื่อนไขและระยะเวลาที่ระบุไว้ในปฏิทินการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล โครงการผลิตผู้ช่วยพยาบาลเพื่อพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการสร้างสุขภาวะชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ปีการศึกษา ๒๕๖๖ ดังเอกสารแนบ

ประกาศ ณ วันที่ ๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เยาวลักษณ์ มีบุญมาก)
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๑๒
ปีการศึกษา ๒๕๖๖

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือบุตรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (บุตร อสม.)
สถานศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล
๑	นางสาวสุนันทิพย์ เนียมอ่ำ
๒	นางสาว อรุณี คุ้มศิริ
๓	นางสาวภัคศรัณย์ เกิดขาว
๔	นางสาวจันทิมา มีจุ้ย
๕	นางสาวกรภิรมย์ณัชส์ ลอยทอง
๖	นางจีรันดา แก้วคุ้มภัย
๗	นางสาวกรรณิการ์ คงสุด
๘	นางสาวแพรวา ชูบดินทร์
๙	นางสาวนภสร มาคล้าย
๑๐	นางสาวสุมิตรา เรืองสว่าง

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เยาวลักษณ์ มีบุญมาก)
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๑๒
ปีการศึกษา ๒๕๖๖

บุคคลทั่วไป

สถานศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล
๑	นางสาวกมลทิพย์ พรมสวัสดิ์
๒	นางสาวรัตนาภรณ์ เนียมประเสริฐ
๓	นายศิริวัฒน์ เนียมประเสริฐ
๔	นางสาวผการัตน์ ศรีสวัสดิ์
๕	นางสาวชุติมณฑน์ ช้างพลาย
๖	นางสาวปวีณา แจ่มกระจ่าง
๗	นางสาวดวงฤทัย จันทฤกษ์
๘	นางสาวพิจิตรา นามวิจิตร
๙	นางสาวมุทิดา แก้วเนตร
๑๐	นางสาวศรัญญา สังข์ฤทธิ์
๑๑	นางสาวสายชล มายืนยง
๑๒	นางสาวชลธิชา ขุนทอง
๑๓	นางสาวธีราพร ภูตะลา
๑๔	นางสาวกุลธิดา บุตรทิพย์

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เยาวลักษณ์ มีบุญมาก)
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล
๑๕	นายกิตติพัชญ์ เลี่ยมไคต่วน
๑๖	นางสาวเพ็ญนภา ทรงกลิ่น
๑๗	นางสาวภัสสร พูลทับ
๑๘	นางสาวนงนภัส ธรรมสังข์
๑๙	นางสาวพรสุดา จันทร์โกมล
๒๐	นางทิพสุกัณญา วรรณรส
๒๑	นายสุธี รูปขำ
๒๒	นางสาวอภิชญา เรียงริน
๒๓	นายคมกริช ธนนิมิต
๒๔	นางสาวจิรัชญา มากวงศ์
๒๕	นางสาวดวงพร ประกอบดี
๒๖	ว่าที่ร้อยตรีหญิง เบญจมาศ ศาลาทอง
๒๗	นางสาววลีพรรณ จันทร์จวง
๒๘	นางสาวศศิกานต์ ทองหวี
๒๙	นางสาวศศินิภา แก้วสกุล

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เยาวลักษณ์ มีบุญมาก)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ปฏิทินการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรผู้ช่วย+พยาบาล โครงการผลิตผู้ช่วยพยาบาล เพื่อพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการสร้างสุขภาวะชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ปีการศึกษา ๒๕๖๖

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	ผู้สมัครส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการสมัครมาที่ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (ที่อยู่ เลขที่ ๒๐๓ หมู่ ๒ ต.ธงชัย อ. เมือง จ. เพชรบุรี ๗๖๐๐๐ (สมัครหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล)	๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖	งานหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล
๒.	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบคัดเลือกเพื่อเข้าศึกษาโดยการสอบข้อเขียนและสอบสัมภาษณ์ และสถานที่สอบ ทางเว็บไซต์ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี http://www.pckpb.ac.th (รอบ ๑)	ภายใน ๔ กันยายน ๒๕๖๖	งานหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล
๓.	**สำหรับ บุคคลทั่วไป** ขยายระยะเวลาส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการสมัครมาที่ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (ที่อยู่ เลขที่ ๒๐๓ หมู่ ๒ ต.ธงชัย อ. เมือง จ. เพชรบุรี ๗๖๐๐๐ (สมัครหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล)	ภายใน ๒๕ กันยายน ๒๕๖๖	งานหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล
๔.	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบคัดเลือกเพื่อเข้าศึกษา **(สำหรับบุคคลทั่วไป)** โดยการสอบข้อเขียนและสอบสัมภาษณ์ และสถานที่สอบ ทางเว็บไซต์ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี http://www.pckpb.ac.th (รอบ ๒)	ภายใน ๒๗ กันยายน ๒๕๖๖	งานหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล
๕.	การสอบคัดเลือก **(ทั้งรอบ ๑ และ รอบ ๒)** ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี - สอบภาควิชาการ ๔ หมวดวิชา คือ (๑) ภาษาอังกฤษ (๒) คณิตศาสตร์ (๓) วิทยาศาสตร์ (๔) สุขศึกษาและความรู้ทั่วไป - สอบสัมภาษณ์	วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖ ๐๙.๐๐ - ๑๑.๐๐ น. สอบข้อเขียน ๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น. สอบสัมภาษณ์	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
๖.	ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก ทางเว็บไซต์ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี http://www.pckpb.ac.th	วันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๖	งานหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๗.	ตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนที่สามารถตรวจได้ครบทุกรายการตามแบบฟอร์มที่สถาบันกำหนด	๓-๕ ตุลาคม ๒๕๖๖	ผู้สมัคร
๘.	ส่งเอกสารหลักฐานผลการตรวจร่างกายและใบสำคัญความเห็นแพทย์ ยื่นที่วิทยาลัยที่เข้าศึกษา (ส่งโดยตรงที่วิทยาลัยหรือส่งผลทาง Online)	ภายในวันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๖๖	ผู้สมัคร
๙.	พิจารณาผลการตรวจร่างกาย	วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๖	คณะกรรมการพิจารณาผลการตรวจร่างกาย ฯ
๑๐.	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้าศึกษาทางเว็ปไซต์ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี http://www.pckpb.ac.th	วันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๖	งานหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล
๑๑.	รายงานตัวและปฐมนิเทศ (ส่งหลักฐานตรวจร่างกายตัวจริง กรณียังไม่ได้ส่งตัวจริง และหากพบว่าเอกสารไม่ตรง ถูกตัดสิทธิ์เข้าศึกษา)	วันที่ ๓-๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๖	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
๑๒.	เปิดการเรียนการสอนภาคการศึกษาที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๖	วันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๖	งานหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล

รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

๑ ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... .พ.ศ. .....

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

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

<u>ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา</u>

เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ ☐ สมอง ☐ หัวใจ

☐ กระดูก ☐ อื่นๆ ระบุ .....

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลคือ ..... เมื่อ พ.ศ.....

ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ.....

<u>ประวัติครอบครัว</u>

ชื่อบิดา ..... อายุ ..... ปี

☐ ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ .....

☐ ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

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

☐ ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ .....

☐ ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่าไม่ถูกต้องหรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ .....

(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา)

ส่วนที่ ๒ แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์,แพทย์หญิง ..... นามสกุล .....

สถานที่ปฏิบัติงาน ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชพเวชกรรม ..... ได้ตรวจร่างกายของ ..... แล้ว ได้ผลดังนี้

ผลการตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก ..... กก. ส่วนสูง ..... ซม. ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท ชีพจร ..... ครั้ง/นาที

ลักษณะรูปร่าง บุคลิกภาพ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
ลักษณะแขนและมือ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
ลักษณะขาและเท้า	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
กระดูกและกล้ามเนื้อ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
การออกเสียงพูด	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
ลักษณะในช่องปาก	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
ลักษณะผิวหนัง	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
โรคเรื้อน	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ .....
การเคลื่อนไหวของร่างกาย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
ระบบประสาท	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
โรคเท้าช้าง	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ .....
โรคลมชัก	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ .....
การมองเห็น (VA) กรุณาระบุการอ่านค่าสายตา			
ตาขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
ตาซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี)	☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		
	☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		ระบุ .....
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
การได้ยินหูขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
การได้ยินหูซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
(*กรณีมีความผิดปกติของการได้ยิน ให้ตรวจสอบเพิ่มเติมด้วยการตรวจวัดสมรรถภาพการได้ยิน หรือ Audiography)			
จมูก	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
ต่อมไทรอยด์	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
ต่อมน้ำเหลือง	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
โรคจิต สุขภาพจิต	☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		
	☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		ระบุ .....
โรคคนเผือก	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ .....
การทำงานของหัวใจ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ	ระบุ		
	.....		

<u>ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</u> (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)

๑.Urine analysis (UA)

Albumin ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Sugar ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Sediments ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

สารเสพติด (มอร์ฟีน, แอมเฟตามีน หรืออื่นๆ อย่างน้อย ๑ ประเภท)

☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

๒.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 .....

๓.ผลการตรวจโรคไวรัสตับอักเสบบี HBsAg ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

๔.ผลการตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

๕.ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

Chest X-rays ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย,นาง,นางสาว ..... นามสกุล .....

มีสุขภาพอยู่ในประเภท ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

และสุขภาพ ☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ระบุ .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

ประทับตราสถานบริการ