



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
เรื่อง การรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ รุ่นที่ ๖

ด้วย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ มีความประสงค์จะรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ รุ่นที่ ๖ จำนวน ๘๐ คน รายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. หลักสูตรที่รับสมัคร

หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

๒. สถานที่ศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

๓. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัคร

๓.๑ คุณสมบัติทั่วไป

๓.๑.๑ มีสัญชาติไทย

๓.๑.๒ มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่าตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง

๓.๑.๓ อายุไม่ต่ำกว่า ๑๖ ปีบริบูรณ์ นับถึงวันเปิดภาคการศึกษา

๓.๑.๔ สุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรงไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการปฏิบัติงาน

๓.๑.๕ เป็นผู้มีความประพฤติดี ไม่เคยเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ไม่เป็นผู้ที่มีความประพฤติเสื่อมเสีย ไม่เคยถูกลงโทษจำคุกหรือต้องโทษคดีอาญา

๓.๑.๖ หากเป็นชายต้องไม่เป็นผู้ถูกคัดเลือกเข้ารับราชการทหาร และไม่เป็นภิกษุสามเณร ตามคำสั่งมหาเถรสมาคมเรื่องห้ามภิกษุ สามเณรเรียนวิชาชีพ หรือสอบแข่งขัน หรือสอบคัดเลือกอย่างคฤหัสถ์ พ.ศ. ๒๕๓๘

๓.๑.๗ หากเป็นหญิงต้องไม่เป็นผู้ที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์

๓.๒ คุณสมบัติเฉพาะ

๓.๒.๑ อสม. มีอายุระหว่าง ๑๘ - ๕๐ ปี ถ้าเป็นบุตร อสม. มีอายุระหว่าง ๑๖ - ๓๕ ปี นับถึงวันเปิดภาคการศึกษา

๓.๒.๒ อสม. ที่ใช้สิทธิในการสมัครจะต้องมีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัดแพร่ จังหวัดน่าน และจังหวัดแม่ฮ่องสอน

๓.๒.๓ อสม. ต้องปฏิบัติหน้าที่มาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี นับถึงวันที่สมัคร กรณีใช้โควตาบุตร อสม. ต้องเป็นบุตรโดยสายเลือดหรือบุตรบุญธรรมตามกฎหมาย

๔. วัน เวลา และวิธีการรับสมัคร

๔.๑ โควตา อสม. และบุตร อสม. ผู้สมัครแจ้งความประสงค์เข้าศึกษากับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สังกัด/ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย พร้อมยื่นใบแสดงความจำนงสมัครเข้ารับการคัดเลือก เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สังกัด/ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายลงลายมือชื่อ และผู้สมัครลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน โดยเอกสารประกอบการสมัครมีดังนี้

๑) ใบแสดงความจำนงสมัครเข้ารับการคัดเลือก ติดรูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือนถึงวันสมัคร และลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน (ตามเอกสารแนบ ๑)

๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๓) สำเนาหลักฐานการสำเร็จการศึกษา หรือระเบียบแสดงผลการเรียนที่แสดงว่าเป็นผู้มีวุฒิการศึกษาตรงกับคุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัคร จำนวน ๑ ฉบับ

๔) สำเนาบัตรประจำตัว อสม. จำนวน ๑ ฉบับ

๕) หนังสือรับรองคุณสมบัติการปฏิบัติหน้าที่ อสม. โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สังกัด หรือผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข (ตามเอกสารแนบ ๒)

๖) สำเนาหลักฐานอื่นๆ เช่น ใบรับรองการผ่านการเกณฑ์ทหาร (ใบ สด.๔) ใบเปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล (ในกรณีที่ชื่อ - ชื่อสกุล ในหลักฐานการสมัครไม่ตรงกัน) จำนวน ๑ ฉบับ

๗) หลักฐานการชำระเงินค่าสมัคร คนละ ๒๐๐ บาท

๔.๒ บุคคลทั่วไป เอกสารประกอบการสมัคร มีดังนี้

๑) ใบสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ติดรูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือนถึงวันสมัคร และลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน (ตามเอกสารแนบ ๓)

๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๓) สำเนาหลักฐานการสำเร็จการศึกษา หรือระเบียบแสดงผลการเรียนที่แสดงว่าเป็นผู้มีวุฒิการศึกษาตรงกับคุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัคร จำนวน ๑ ฉบับ

๔) สำเนาหลักฐานอื่นๆ เช่น ใบรับรองการผ่านการเกณฑ์ทหาร (ใบ สด.๔) ใบเปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล (ในกรณีที่ชื่อ - ชื่อสกุล ในหลักฐานการสมัครไม่ตรงกัน) จำนวน ๑ ฉบับ

๕) กรณีผู้สมัครเป็นบุคลากรของสถานพยาบาลภาครัฐต้องมีหนังสือรับรองประสบการณ์ทำงานจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน (ตามเอกสารแนบ ๔)

๖) หลักฐานการชำระเงินค่าสมัคร คนละ ๒๐๐ บาท

วิธีการรับสมัคร

สำหรับที่สมัครในข้อ ๔.๑ และ ๔.๒ ให้ผู้สมัครเขียนรับรองสำเนาถูกต้องและลงลายมือชื่อกำกับหลักฐานทุกฉบับ เริ่มสมัครได้ตั้งแต่วันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๖ พร้อมทั้งส่งเอกสารหลักฐานประกอบการสมัครด้วยตนเองที่ห้องธุรการ ชั้น ๑ อาคารเรียนและหอนอน ๑๑ ชั้น หรือส่งทางไปรษณีย์ ที่อยู่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ๓๑๙ หมู่ ๗ ตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ ๕๔๐๐๐ และสามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๕๔-๐๖๙๖๑๕ ต่อ ๒๒๑ ในวันและเวลาราชการ

วิธีการสมัครทางออนไลน์ (เฉพาะบุคคลทั่วไป) ตั้งแต่วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๖ โดยสามารถกรอกข้อมูลของผู้สมัครได้ที่ www.bcnph.ac.th หัวข้อข่าวประชาสัมพันธ์การรับสมัครนักศึกษาหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล พร้อมทั้งส่งเอกสารหลักฐานประกอบการสมัครทางออนไลน์ให้ครบถ้วนและสามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๕๔-๐๖๙๖๑๕ ต่อ ๒๒๑ ในวันและเวลาราชการ

๕. การชำระค่าสมัคร ชำระโดยวิธีใช้การโอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทยจำกัด (มหาชน) ๕๐๖-๐-๗๘๗๓๕-๔ ชื่อบัญชี “เงินรายได้สถานศึกษา วพบ.แพร่ (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่)” จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ชำระได้ตั้งแต่วันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๖

๖. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์ทางเว็บไซต์ www.bcnph.ac.th และบอร์ดประชาสัมพันธ์ชั้น G อาคารเรียนและหอนอน ๑๑ ชั้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ภายในวันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๖๖

๗. การสอบคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์

ให้ผู้สมัครทุกคนเข้ารับการสอบคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ดังนี้

๗.๑ การสอบคัดเลือกภาควิชาการ ในวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. วิชาที่สอบ มี ๔ หมวดวิชา ดังนี้ (๑) ภาษาอังกฤษ (๒) คณิตศาสตร์ (๓) วิทยาศาสตร์ (๔) สุขศึกษา และความรู้ทั่วไป

๗.๒ การสอบสัมภาษณ์ ในวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.

๘. การประกาศผลผู้ผ่านการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ จะประกาศรายชื่อผู้สอบผ่านการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์ทางเว็บไซต์ www.bcnph.ac.th และบอร์ดประชาสัมพันธ์ชั้น G อาคารเรียนและหอนอน ๑๑ ชั้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ในวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๖

๙. การตรวจร่างกาย

ผู้สมัครที่ผ่านการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์ ต้องนำหลักฐานผลการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน มายื่นได้ตั้งแต่วันที่ ๑๘ - ๒๑ กันยายน ๒๕๖๖ ณ ห้องธุรการ ชั้น 1 อาคารเรียนและหอนอน 11 ชั้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ดังนี้

๙.๑ ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก X-ray

๙.๒ ผลการตรวจปัสสาวะ UA และผลการตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ

๙.๓ ผลการตรวจเลือด CBC

๙.๔ ผลการตรวจโรคไวรัสตับอักเสบบี HBsAg

๙.๕ ใบสำคัญความเห็นแพทย์ที่รับรองเกี่ยวกับโรคและความผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
ในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

๑๐. การประกาศผลผู้มีสิทธิเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ จะประกาศจำนวนและรายชื่อผู้มีสิทธิเข้าศึกษา ในวันที่
๒๒ กันยายน ๒๕๖๖ ทางเว็บไซต์ www.bcnph.ac.th และบอร์ดประชาสัมพันธ์ชั้น G อาคารเรียนและหอนอน
๑๑ ชั้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

๑๑. ค่าลงทะเบียนเรียน

ค่าลงทะเบียนเรียนตลอดหลักสูตร ๔๕,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นห้าพันบาท)

๑๑.๑ สำหรับผู้ที่เข้าศึกษาตามโควตา อสม. บุตร อสม. จะได้รับพิจารณาสนับสนุนค่าลงทะเบียนเรียน
ตลอดหลักสูตรตามเกณฑ์ที่วิทยาลัยฯ ประกาศต่อไป

๑๑.๒ สำหรับผู้ที่เข้าศึกษาด้วยทุนส่วนตัว แบ่งการชำระเงินค่าลงทะเบียนเรียน เป็น ๓ ครั้ง ดังนี้

- ครั้งที่ ๑ จำนวน ๒๐,๐๐๐ บาท ในวันที่ ๒๒ - ๒๙ กันยายน ๒๕๖๖ ผู้ที่ไม่ชำระเงินในช่วงเวลา
ดังกล่าวถือว่าสละสิทธิในการเข้าศึกษา

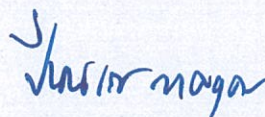
- ครั้งที่ ๒ จำนวน ๒๐,๐๐๐ บาท ในช่วงภาคการศึกษาที่ ๒

- ครั้งที่ ๓ จำนวน ๕,๐๐๐ บาท ในช่วงภาคการศึกษา ฤดูร้อน

๑๒. ระยะเวลาในการศึกษา

ระยะเวลาในการศึกษาทั้งสิ้น ๑ ปี โดยเปิดภาคการศึกษาที่ ๑ ในวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๖ หากจำนวน
ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษามีจำนวนน้อยเกินไปที่จะดำเนินการจัดการศึกษาได้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
ขอสงวนสิทธิในการเลื่อนการจัดการศึกษาออกไป และจะแจ้งให้ผู้สมัครทราบต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายปิ่นนเรศ กาศอุดม)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

กำหนดการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าเป็นนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล

ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ รุ่นที่ ๖

ลำดับ	กิจกรรม	วัน-เดือน-ปี	เวลา	หมายเหตุ
๑.	การรับสมัคร - ยื่นเอกสารหลักฐานการสมัครด้วยตนเองที่ห้องธุรการ ชั้น ๑ อาคารเรียน หอนอนตึก ๑๑ ชั้น หรือส่งทางไปรษณีย์ หรือทางออนไลน์ (เฉพาะบุคคลทั่วไป)	ตั้งแต่วันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๖	๐๘.๓๐ - ๑๖.๐๐ น.	ยื่นเอกสารการสมัครด้วยตนเอง ที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ในวันและเวลาราชการ
๒.	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการสอบภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์	วันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๖๖		www.bcnph.ac.th หรือ ณ บอร์ดประชาสัมพันธ์ชั้น G อาคารเรียนและหอนอนตึก ๑๑ ชั้น
๓.	การสอบคัดเลือก - ภาควิชาการ (๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.) ๔ หมวดวิชา คือ (๑) ภาษาอังกฤษ (๒) คณิตศาสตร์ (๓) วิทยาศาสตร์ (๔) สุขศึกษา ความรู้ทั่วไป - สอบสัมภาษณ์ (๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.)	วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๖	๐๘.๓๐ - ๑๖.๐๐ น.	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
๔.	ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์	วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๖		www.bcnph.ac.th หรือ ณ บอร์ดประชาสัมพันธ์ชั้น G อาคารเรียนและหอนอนตึก ๑๑ ชั้น
๕.	การตรวจร่างกาย - ผู้สมัครนำหลักฐานผลการตรวจร่างกายและใบสำคัญความเห็นแพทย์ มายื่นที่ห้องธุรการ ชั้น ๑ อาคารเรียนหอนอนตึก ๑๑ ชั้น	ตั้งแต่วันที่ ๑๘ - ๒๑ กันยายน ๒๕๖๖	๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.	ยื่นเอกสารด้วยตนเอง ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ในวันและเวลาราชการ
๖.	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล	วันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๖		www.bcnph.ac.th หรือ ณ บอร์ดประชาสัมพันธ์ชั้น G อาคารเรียนและหอนอนตึก ๑๑ ชั้น
๗.	รายงานตัวและปฐมนิเทศ	วันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๖	๐๘.๓๐ น.	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

ใบแสดงความจำนงสมัครเข้ารับการคัดเลือกศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖

สำหรับติดรูปถ่าย
ขนาด ๓x๔ ซม.
หรือ ๑.๕ นิ้ว

๑. ข้อมูลทั่วไป

คำนำหน้าชื่อ นาย นาง นางสาว ชื่อ นามสกุล

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ---- วัน/เดือน/ปีเกิด .../.../.....

อายุ ปี สถานภาพ โสด สมรส หย่าร้าง เชื้อชาติ..... สัญชาติ ศาสนา

อาชีพปัจจุบัน ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย

ถนน ตำบล /แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ เบอร์โทรศัพท์ E-mail

๒. โควตาในการสมัคร

อสม./อสส.

บุตร อสม./อสส.

๓. สถานที่ปฏิบัติงานของ อสม./อสส. (กรณีใช้โควตา บุตร อสม./อสส. ในการสมัคร ให้ระบุสถานที่ปฏิบัติงาน อสม./อสส. ของผู้ปกครอง)

ชื่อหน่วยบริการสาธารณสุขที่สังกัดอยู่

ที่อยู่ เลขที่ หมู่ ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ เบอร์โทร

ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ อสม./อสส. ปี

๔. ประวัติการศึกษาของผู้สมัคร

๔.๑ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.๖) หรือเทียบเท่าตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง
จากโรงเรียน อำเภอ

จังหวัด เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ได้คะแนนเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร

๔.๒ วุฒิการศึกษาสูงสุด

สถาบันการศึกษา พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา

/๕.คุณสมบัตี....

๕. คุณสมบัติอื่น ๆ ของผู้สมัคร

๕.๑ ภาวะสุขภาพ

- ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ไม่มีประวัติเป็นโรคจิต โรคประสาทและปราศจากโรค หรืออาการของโรค หรือความพิการอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
- ข้าพเจ้าไม่สามารถรับรองภาวะสุขภาพของตนเองได้

๕.๒ ความประพฤติ

- ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เคยเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ไม่เคยถูกลงโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ และไม่เป็นผู้ที่ถูกลงโทษเนื่องจากกระทำผิดหรือร่วมกระทำการทุจริตในการสอบวัดความรู้เพื่อสมัครเข้าศึกษาในสถาบันใด ๆ
- ข้าพเจ้าไม่สามารถรับรองความประพฤติของตนเองได้

๖. ประวัติส่วนตัว

๖.๑ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวกระหว่างการสมัครเข้ารับการคัดเลือก เลขที่ หมู่ที่
ตรอก/ซอย แขวง/ตำบล อำเภอ/เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
โทรศัพท์มือถือ E-mail

๖.๒ ประวัติการศึกษา/การทำงาน (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ปัจจุบันกำลังศึกษาหลักสูตร ชั้นปีที่
สถานศึกษา
- ปัจจุบันทำงาน ตำแหน่ง (ระบุ).....
สถานที่ทำงาน
ที่อยู่

/ส. เอกสาร...

๗. เอกสารการสมัคร (ลงนามรับรองสำเนาเอกสารถูกต้องทุกใบ)

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาบัตรประจำตัว อสม./อสส.
- สำเนาวุฒิการศึกษา
- หนังสือรับรองคุณสมบัติการปฏิบัติหน้าที่ อสม./อสส. โดย ผอ.รพ.สต./ผอ.ศูนย์บริการสาธารณสุข
- หลักฐานการเปลี่ยนชื่อสกุล (ถ้ามี)
- เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

๘. สถานศึกษาที่ประสงค์เข้าศึกษา

วิทยาลัยพยาบาล

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครถูกต้องทุกประการ หากมีข้อความข้างต้นหรือหลักฐานที่แสดงเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์การเป็นผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หรือพ้นสภาพการเป็นผู้เข้าศึกษา แม้จะเข้าศึกษาในหลักสูตรดังกล่าวแล้วก็ตาม

ลงชื่อ ผู้แสดงความจำนงเข้าศึกษา

(.....)

ลงชื่อ อสม./อสส. กรณีใช้โควตาบุตร อสม./อสส.

(.....)

ลงชื่อ ผู้รับรอง

(.....)

ผอ.รพ.สต./ผอ.ศูนย์บริการสาธารณสุข

หมายเหตุ การศึกษาหลักสูตรดังกล่าวนี้ไม่มีผลผูกพันในการรับเข้าทำงานหรือบรรจุรับราชการ



เลขที่

(ส่วนราชการเจ้าของหนังสือ)

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว
ปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)/อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) ปฏิบัติงาน
ณ
เริ่มปฏิบัติหน้าที่ อสม./อสส ตั้งแต่ วันที่ เดือน พ.ศ. จนถึงปัจจุบัน
รวมระยะเวลา ปี

ให้ไว้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

(.....)

ผอ.รพ.สต./ผอ.ศูนย์บริการสาธารณสุข

เอกสารแนบ ๓

- ๑. ผู้สมัครจะต้องกรอกใบสมัครให้ครบถ้วนด้วยลายมือของตนเอง
- ๒. ก่อนยื่นใบสมัคร จะต้องตรวจสอบหลักฐานต่างๆ ให้ ครบถ้วนและถูกต้อง

**ใบสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
ปีการศึกษา ๒๕๖๖
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่**

ติดรูปถ่าย
ขนาด ๑ นิ้ว
ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน

ด้วยข้าพเจ้าประสงค์จะสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ปีการศึกษา ๒๕๖๖ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ จึงขอแจ้งรายละเอียดของข้าพเจ้า เพื่อประกอบการพิจารณา ดังต่อไปนี้

- ๑. ชื่อ - นามสกุล ภาษาไทย (นาย/นาง/นางสาว)
- ชื่อ - นามสกุล ภาษาอังกฤษ (Mr./Mrs./Miss)
- สัญชาติ..... ศาสนา..... สถานภาพ..... หมู่เลือด..... น้ำหนัก..... กิโลกรัม
- ส่วนสูง.....เซนติเมตร สุขภาพ แข็งแรง มีโรคประจำตัว คือ
- ไม่แข็งแรง มีอาการ
- ๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... (อายุ.....ปี.....เดือน) อายุไม่ต่ำกว่า ๑๖ ปี นับถึงวันเปิดศึกษา
- เลขประจำตัวประชาชน..... ออกให้ ณ จังหวัด.....
- ๓. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย/ถนน.....ตำบล/แขวง.....
- อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
- ๔. อาชีพปัจจุบัน กำลังศึกษาต่อ ลูกจ้างในหน่วยงานรัฐบาลหรือเอกชน อาชีพอื่น
- ตำแหน่ง.....อายุการทำงาน.....ปี สถานที่ทำงาน.....
- ๕. วุฒิการศึกษา

ระดับการศึกษา	สถาบันการศึกษา	ผลการเรียน
ม.ต้น		
ม.ปลาย หรือเทียบเท่า		
สูงกว่า ม.ปลาย หรือเทียบเท่า		

- ๖. ความสามารถพิเศษ.....
- ๗. กรณีผูกฉันทติดต่อ (ชื่อ - นามสกุล).....เกี่ยวข้องกับผู้สมัครเป็น.....
- ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....
- ๘. ได้แนบหลักฐานต่างๆ ซึ่งได้ลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้องแล้วมา ดังนี้
 - สำเนาวุฒิการศึกษา (จำนวน ๑ ฉบับ)
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (จำนวน ๑ ฉบับ)
 - สำเนาทะเบียนบ้าน (จำนวน ๑ ฉบับ)
 - อื่นๆ (ระบุ)

ขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความตอนใดหรือหลักฐานใดเป็นความเท็จหรือไม่ตรงกับความจริงให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครครั้งนี้และจะไม่เรียกร้องใดๆ ทั้งสิ้น

สำหรับเจ้าหน้าที่

[] หลักฐานครบถ้วน

[] มีปัญหา คือ.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับสมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

ยื่นใบสมัครวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา
สำหรับผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ รุ่นที่ ๖
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....จังหวัด.....
สังกัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....
ขอรับรองว่า นาย/น.ส./นาง
ตำแหน่ง.....ได้ปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....
ในหน่วยงานมาแล้ว.....ปี.....เดือน และขอส่งตัวบุคลากรในสังกัด
สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ รุ่นที่ ๖

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

หมายเหตุ กรณีผู้สมัครเป็นบุคลากรของสถานพยาบาลภาครัฐต้องมีหนังสือรับรองประสบการณ์ทำงานจาก
ผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน และผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงานที่ผู้สมัครปฏิบัติงานอยู่