



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
เรื่อง การรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ รุ่นที่ ๗

ด้วย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ มีความประสงค์จะรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ รุ่นที่ ๗ จำนวน ๘๐ คน รายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. หลักสูตรที่รับสมัคร

หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

๒. สถานที่ศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

๓. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัคร

๓.๑ มีสัญชาติไทย

๓.๒ มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่าตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง

๓.๓ อายุไม่ต่ำกว่า ๑๖ ปีบริบูรณ์ นับถึงวันเปิดภาคการศึกษา

๓.๔ สุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรงไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการปฏิบัติงาน

๓.๕ เป็นผู้มีความประพฤติดี ไม่เคยเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ไม่เป็นผู้ที่มีความประพฤติเสื่อมเสีย ไม่เคยถูกลงโทษจำคุกหรือต้องโทษคดีอาญา

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

๓.๗ หากเป็นหญิงต้องไม่เป็นผู้ที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์

๔. เอกสารประกอบการสมัคร

๔.๑ ใบสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ติดรูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่นตา ขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือนถึงวันสมัคร และลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน (ตามเอกสารแนบ ๑)

๔.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๔.๓ สำเนาหลักฐานการสำเร็จการศึกษา หรือระเบียบแสดงผลการเรียนที่แสดงว่าเป็นผู้มีวุฒิการศึกษาตรงกับคุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัคร จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๔.๔ สำเนาหลักฐานอื่นๆ เช่น ใบรับรองการผ่านการเกณฑ์ทหาร (ใบ สด.๙) ใบเปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล (ในกรณีที่ชื่อ - ชื่อสกุล ในหลักฐานการสมัครไม่ตรงกัน) จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๔.๕ กรณีผู้สมัครเป็นบุคลากรของสถานพยาบาลภาครัฐ ต้องมีหนังสือรับรองประสบการณ์ทำงานจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน (ตามเอกสารแนบ ๒)

๔.๖ กรณีผู้สมัครเป็น อสม. หรือ บุตร อสม. ต้องมีหนังสือรับรองคุณสมบัติการปฏิบัติหน้าที่ อสม. โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สังกัด หรือผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข (ตามเอกสารแนบ ๓) และสำเนาบัตรประจำตัว อสม. จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๔.๗ หลักฐานการชำระเงินค่าสมัคร คนละ ๒๐๐ บาท

ทั้งนี้ให้ผู้สมัครเขียนรับรองสำเนาถูกต้องและลงลายมือชื่อกำกับหลักฐานทุกฉบับ

๕. วัน เวลา และวิธีการรับสมัคร

๕.๑ วิธีการสมัครทางออนไลน์ เริ่มสมัครได้ตั้งแต่วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๗ โดยสามารถกรอกข้อมูลของผู้สมัครได้ที่ www.bcnph.ac.th หัวข้อข่าวประชาสัมพันธ์การรับสมัครนักศึกษาหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล พร้อมทั้งส่งเอกสารหลักฐานประกอบการสมัครทางออนไลน์ให้ครบถ้วน และสามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๕๔-๐๖๙๖๑๕ ต่อ ๒๒๑ ในวันและเวลาราชการ

๕.๒ การชำระค่าสมัคร ชำระโดยวิธีใช้การโอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทยจำกัด (มหาชน) ๕๐๖-๐-๗๘๗๓๕-๔ ชื่อบัญชี “เงินรายได้สถานศึกษา วพบ.แพร่ (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่)” จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ชำระได้ตั้งแต่วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๗

๖. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์ ทางเว็บไซต์ www.bcnph.ac.th ภายในวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๗

๗. การสอบคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์

ให้ผู้สมัครทุกคนเข้ารับการสอบคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ดังนี้

๗.๑ การสอบคัดเลือกภาควิชาการ ในวันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. วิชาที่สอบ มี ๔ หมวดวิชา ดังนี้ (๑) ภาษาอังกฤษ (๒) คณิตศาสตร์ (๓) วิทยาศาสตร์ (๔) สุขศึกษา และความรู้ทั่วไป

๗.๒ การสอบสัมภาษณ์ ในวันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.

๘. การประกาศผลผู้ผ่านการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ จะประกาศรายชื่อผู้สอบผ่านการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์ ทางเว็บไซต์ www.bcnph.ac.th ภายในวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๗

๙. การตรวจร่างกาย

ผู้สมัครที่ผ่านการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์ ต้องนำหลักฐานผลการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน มายื่นได้ตั้งแต่วันที่ ๒ - ๖ กันยายน ๒๕๖๗ ณ ห้องธุรการ ชั้น ๑ อาคารเรียนและหอนอน ๑๑ 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 จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วย
พยาบาล ทางเว็บไซต์ www.bcnph.ac.th ภายในวันที่ ๙ กันยายน ๒๕๖๗

๑๑. ค่าลงทะเบียนเรียน

ค่าลงทะเบียนเรียนตลอดหลักสูตร ๔๕,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นห้าพันบาท) แบ่งการชำระเงินค่าลงทะเบียน
เรียน เป็น ๓ ครั้ง ดังนี้

๑๑.๑ ครั้งที่ ๑ จำนวน ๒๐,๐๐๐ บาท ในวันที่ ๑๐ - ๒๒ กันยายน ๒๕๖๗ ผู้ที่ไม่ชำระเงินใน
ช่วงเวลาดังกล่าวถือว่าสละสิทธิในการเข้าศึกษา

๑๑.๒ ครั้งที่ ๒ จำนวน ๒๐,๐๐๐ บาท ในวันที่ ๒๗ - ๓๑ มกราคม ๒๕๖๘

๑๑.๓ ครั้งที่ ๓ จำนวน ๕,๐๐๐ บาท ในวันที่ ๒๓ - ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๘

ทั้งนี้ผู้ที่เข้าศึกษามีโอกาสได้รับการพิจารณาสนับสนุนค่าลงทะเบียนเรียนตลอดหลักสูตร เป็นจำนวน
๔๕,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นห้าพันบาทถ้วน) ตามเกณฑ์ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ประกาศต่อไป

๑๒. ระยะเวลาในการศึกษา

ระยะเวลาในการศึกษาทั้งสิ้น ๑ ปี โดยเปิดภาคการศึกษาที่ ๑ ในวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ หากจำนวน
ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษามีจำนวนน้อยเกินไปที่จะดำเนินการจัดการศึกษาได้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
ขอสงวนสิทธิในการเลื่อนการจัดการศึกษาออกไป และจะแจ้งให้ผู้สมัครทราบต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๗



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปิ่นนเรศ กาศอุดม)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

**กำหนดการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าเป็นนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ รุ่นที่ ๗**

ลำดับ	กิจกรรม	วัน-เดือน-ปี	เวลา	หมายเหตุ
๑.	การรับสมัคร - สมัครทางออนไลน์ และชำระเงินค่าสมัครโดยโอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขบัญชี ๕๐๖-๐-๗๘๗๓๕-๔ ชื่อบัญชี “เงินรายได้สถานศึกษา วพบ. แพร่”	ตั้งแต่วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๒๓ สิงหาคม		กรอกข้อมูลของผู้สมัครและส่งเอกสารหลักฐานประกอบการสมัครได้ที่ www.bcnph.ac.th หัวข้อข่าว ประชาสัมพันธ์การรับสมัครนักศึกษา หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล
๒.	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการสอบภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์	วันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๗		ทางเว็บไซต์ www.bcnph.ac.th
๓.	การสอบคัดเลือก - ภาควิชาการ (๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.) ๕ หมวดวิชา คือ (๑) ภาษาอังกฤษ (๒) คณิตศาสตร์ (๓) วิทยาศาสตร์ (๔) สุขศึกษา ความรู้ทั่วไป - สอบสัมภาษณ์ (๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.)	วันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๗	๐๘.๓๐ - ๑๖.๐๐ น.	ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
๔.	ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์	วันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๗		ทางเว็บไซต์ www.bcnph.ac.th
๕.	การตรวจร่างกาย - ผู้สมัครนำหลักฐานผลการตรวจร่างกายและใบสำคัญความเห็นแพทย์มายื่นที่ห้องธุรการ ชั้น ๑ อาคารเรียน หอนอนตึก ๑๑ ชั้น	วันที่ ๒ - ๖ กันยายน ๒๕๖๗	๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.	ยื่นเอกสารด้วยตนเอง ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ในวันและเวลาราชการ
๖.	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล	วันที่ ๙ กันยายน ๒๕๖๗		ทางเว็บไซต์ www.bcnph.ac.th
๗.	ชำระค่าลงทะเบียนเรียน	วันที่ ๑๐ - ๒๒ กันยายน ๒๕๖๗		ผู้ที่ไม่ชำระเงินในช่วงเวลาดังกล่าวถือว่าสละสิทธิ์ในการเข้าศึกษา
๘.	รายงานตัวและปฐมนิเทศ	วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗	๐๘.๓๐ น.	ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

เอกสารแนบ ๑

๑. ผู้สมัครจะต้องกรอกใบสมัครให้ครบถ้วนด้วยลายมือของตนเอง
๒. ก่อนยื่นใบสมัคร จะต้องตรวจสอบหลักฐานต่างๆ ให้ ครบถ้วนและถูกต้อง

**ใบสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
ปีการศึกษา ๒๕๖๗
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่**

ติดรูปถ่าย
ขนาด ๑ นิ้ว
ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน

ด้วยข้าพเจ้าประสงค์จะสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ปีการศึกษา ๒๕๖๗ 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. สถานะ ☐ กำลังศึกษาต่อ ☐ ลูกจ้างในหน่วยงานรัฐบาลหรือเอกชน ☐ อสม. ☐ บุตร อสม. ☐ ประกอบอาชีพอื่น
ตำแหน่ง.....อายุการทำงาน.....ปี สถานที่ทำงาน.....
๕. วุฒิการศึกษา

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

๖. ความสามารถพิเศษ.....
๗. กรณีผูกพันติดต่อกับ (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 ๒๕๖๗ รุ่นที่ ๗
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....จังหวัด.....
สังกัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....
ขอรับรองว่า นาย/น.ส./นาง
ตำแหน่ง.....ได้ปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....
ในหน่วยงานมาแล้ว.....ปี.....เดือน และขอส่งตัวบุคลากร ในสังกัด
สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ รุ่นที่ ๗

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

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

หมายเหตุ กรณีผู้สมัครเป็นบุคลากรของสถานพยาบาลภาครัฐต้องมีหนังสือรับรองประสบการณ์ทำงานจาก
ผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน และผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงานที่ผู้สมัครปฏิบัติงานอยู่



หนังสือรับรองคุณสมบัติการปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

สำหรับผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ รุ่นที่ ๗

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว

ปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปฏิบัติงาน ณ

เริ่มปฏิบัติหน้าที่ อสม. ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. จนถึงปัจจุบัน

รวมระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่ปี.....เดือน

ให้ไว้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ กรณีผู้สมัครเป็น อสม. หรือ บุตร อสม. ต้องมีหนังสือรับรองคุณสมบัติการปฏิบัติหน้าที่ อสม. โดย
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สังกัด หรือผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข