



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกภาควิชาการและการสอบสัมภาษณ์
เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๘ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙

ตามที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ได้ประกาศรับสมัครคัดเลือกผู้เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๘ ปีการศึกษา ๒๕๖๙ ในระหว่างวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๙ – ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๙
ในการนี้ ได้สิ้นสุดการรับสมัครคัดเลือกหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลแล้ว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ จึงขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกภาควิชาการและการสอบสัมภาษณ์เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๘ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ โดยการประเมินความรู้จากการสอบข้อเขียนและการสอบสัมภาษณ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ก. รายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกภาควิชาการและการสอบสัมภาษณ์
ปรากฏตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ข. กำหนดวัน เวลาและสถานที่ในการประเมินความรู้และการสัมภาษณ์ ดังนี้

วิธีการประเมิน	วัน เวลา สถานที่	ลำดับผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก
การสอบคัดเลือกภาควิชาการ - ๔ หมวดวิชา คือ ภาษาอังกฤษ คณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ สุขศึกษา และความรู้ทั่วไป (ให้นำดินสอ ๒B มาใช้ในการสอบ)	วันจันทร์ที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๙ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๐.๓๐ น. ณ ห้อง ๒๒๐๓ ปฏิบัติการทางภาษา ชั้น ๒ อาคาร ๒ วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี แพร่	ผู้สมัครลำดับที่ ๑ - ๓๘ (ตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้)
การสอบสัมภาษณ์	วันจันทร์ที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๙ เวลา ๑๑.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ ห้องประชุม ๒๒๐๕ ชั้น ๒ อาคาร ๒ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่	

ค. ระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการประเมินความรู้และการสัมภาษณ์ ให้ผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกปฏิบัติตามระเบียบ ดังนี้

- แต่งกายให้สุภาพเรียบร้อยตามประเพณีนิยมสวมรองเท้าหุ้มส้นและประพุดติดนเป็นสุภาพชน
- ผู้สมัครต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่น ๆ ที่ทางราชการออกให้ไปในวันประเมินฯ หากไม่มีบัตรใดบัตรหนึ่ง กรรมการหรือเจ้าหน้าที่ควบคุมการประเมินอาจพิจารณาไม่อนุญาตให้เข้ารับการประเมินฯ ก็ได้

๓. การเข้ารับการประเมินความรู้ (สอบข้อเขียน) ต้องปฏิบัติดังนี้

- ๓.๑ ห้ามนำเครื่องมือและอุปกรณ์สื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ทุกชนิดเข้าไปในห้องสอบ
- ๓.๒ ควรไปถึงสถานที่สอบก่อนเริ่มเวลาไม่น้อยกว่า ๓๐ นาที แต่จะเข้าห้องสอบได้ก็ต่อเมื่อได้รับอนุญาตจากกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ควบคุมการสอบ
- ๓.๓ ต้องเชื่อฟังปฏิบัติตามคำสั่งและคำแนะนำของกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ควบคุมการสอบโดยเคร่งครัด
- ๓.๔ ผู้เข้าสอบที่ไปถึงห้องสอบหลังจากเวลาที่กำหนดเริ่มสอบในตารางสอบไปแล้ว ๓๐ นาที จะไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าสอบ
- ๓.๕ ผู้เข้ารับการประเมินสมรรถนะจะต้องเข้าสอบตามตำแหน่งที่สมัคร และตามวัน เวลา ที่กำหนดในตารางสอบ
- ๓.๖ ผู้เข้าสอบจะต้องนั่งสอบตามที่นั่งสอบและห้องสอบที่กำหนดเท่านั้น
- ๓.๗ ถ้าสอบเสร็จก่อนเวลาและส่งคำตอบแล้วต้องได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ควบคุมการสอบก่อน จึงจะออกจากห้องสอบได้
- ๓.๘ เมื่อหมดเวลาแล้ว และคณะกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ควบคุมการสอบให้หยุดทำคำตอบ จะต้องหยุดทันที แต่จะออกจากห้องสอบได้ก็ต่อเมื่อคณะกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ควบคุมการสอบได้อนุญาตแล้ว
- ๓.๙ เมื่อสอบเสร็จแล้ว ต้องไปจากสถานที่สอบโดยพลัน ห้ามติดต่อกับผู้อื่นที่ยังไม่ได้เข้าสอบ และต้องไม่กระทำการใด ๆ อันเป็นการรบกวนผู้ที่ยังสอบอยู่
- ๓.๑๐ ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการประเมินสมรรถนะนี้ หรือผู้ใดทุจริต หรือพยายามทุจริต อาจไม่ได้รับอนุญาตให้เข้ารับการประเมินสมรรถนะและคณะกรรมการดำเนินการสอบจะพิจารณาสั่งงดการให้คะแนนก็ได้

๔. ผู้ใดไม่มาภายในกำหนดวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว ถือว่าสละสิทธิ

ง. การประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ จะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษา ในวันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๙ ทางเว็บไซต์ www.bcnph.ac.th

ประกาศ ณ วันที่ ๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๙



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิกร จันภิลม)

รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

รายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกภาควิชาการและการสอบสัมภาษณ์
เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๘ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙

ลำดับ	เลขประจำตัวผู้สอบ	ชื่อ - สกุล	
๑	๖๙๐๐๐๐๐๑	นายชวนากร	ทวีปัญญา
๒	๖๙๐๐๐๐๐๒	นายณชพล	อุตรชน
๓	๖๙๐๐๐๐๐๓	นางสาวยุวธิดา	สำอาง
๔	๖๙๐๐๐๐๐๔	นางสาวทาริกา	มาอ่อน
๕	๖๙๐๐๐๐๐๕	นางสาวสุทธิดา	อภิรัชธาดา
๖	๖๙๐๐๐๐๐๖	นางสาวแพรวา	ธุรกิจ
๗	๖๙๐๐๐๐๐๗	นางสาวเสาวลักษณ์	สืบจากถิ่น
๘	๖๙๐๐๐๐๐๘	นางสาวลภัสสรณ์	หงษ์สี
๙	๖๙๐๐๐๐๐๙	นางสาวพิชชานุช	ปิ่นดาคุ้ม
๑๐	๖๙๐๐๐๐๑๐	นางสาวอินทิรา	อินทราช
๑๑	๖๙๐๐๐๐๑๑	นางสาวณัฐริกา	วงศ์หล้า
๑๒	๖๙๐๐๐๐๑๒	นางสาวธนาภรณ์	ทะนะชัย
๑๓	๖๙๐๐๐๐๑๓	นางสาวจิราภรณ์	เพ็ญชัย
๑๔	๖๙๐๐๐๐๑๔	นายชัชวัฒน์	ปลายดาวน์
๑๕	๖๙๐๐๐๐๑๕	นางสาวอรชพร	เวียงชัย
๑๖	๖๙๐๐๐๐๑๖	นางสาวอรปรียา	โพธิ์แก้วเจริญพันธุ์
๑๗	๖๙๐๐๐๐๑๗	นางสาววันวิสา	กันทะปัง
๑๘	๖๙๐๐๐๐๑๘	นางสาวปณิตรา	ใจเรื่อน
๑๙	๖๙๐๐๐๐๑๙	นางสาวณัชชา	ยะปัญญา
๒๐	๖๙๐๐๐๐๒๐	นายอุลีชา	อินทรีย์
๒๑	๖๙๐๐๐๐๒๑	นางสาวพิจิตรา	ข้ามสาม
๒๒	๖๙๐๐๐๐๒๒	นางสาวอรวรรณ	พุทธอาสา
๒๓	๖๙๐๐๐๐๒๓	นางสาววิมล	รักแย้ม
๒๔	๖๙๐๐๐๐๒๔	นางสาวรุ่งฤดี	วงรอบ
๒๕	๖๙๐๐๐๐๒๕	นางสาวสายธาร	อิมเพ็ง
๒๖	๖๙๐๐๐๐๒๖	นางสาวพัชรวิวรรณ	อุดมคุ้ม
๒๗	๖๙๐๐๐๐๒๗	นางสาววรัญญา	ศิริคาม
๒๘	๖๙๐๐๐๐๒๘	นางสาวเพ็ญพิชชา	ภิวงค์
๒๙	๖๙๐๐๐๐๒๙	นางสาววนิดา	สมฤทธิ์
๓๐	๖๙๐๐๐๐๓๐	นายปกรณ์เกียรติ	สิทธิยศ
๓๑	๖๙๐๐๐๐๓๑	นางสาวสุธิมา	ศิริธีระกุล
๓๒	๖๙๐๐๐๐๓๒	นางสาวน้ำทิพย์	ลาลินทา
๓๓	๖๙๐๐๐๐๓๓	นางสาวพัชรพร	กล้าณรงค์ขวัญ
๓๔	๖๙๐๐๐๐๓๔	นายนนทพัทธ์	ดวงทิพย์
๓๕	๖๙๐๐๐๐๓๕	นางสาวจิรณา	รอดทุกซ์

รายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกภาควิชาการและการสอบสัมภาษณ์
เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๘ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ (ต่อ)

ลำดับ	เลขประจำตัวผู้สอบ	ชื่อ - สกุล	
๓๖	๖๙๐๐๐๐๐๓๖	นางสาวพรนัชชา	รัตนชัย
๓๗	๖๙๐๐๐๐๐๓๗	นางสาวณิชากัทร	จิตผ่อง
๓๘	๖๙๐๐๐๐๐๓๘	นางสาวกรรพร	วิมุกตายน
๓๙	๖๙๐๐๐๐๐๓๙	นางสาวสุธิดา	ปู่สา

หมายเหตุ : ผู้สมัครโครงการ ๙ หอมให้นำหนังสือรับรองจาก รพ.สต. มายื่นในวันสอบคัดเลือกภาควิชาการ
และสอบสัมภาษณ์ วันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๙



รายงานผลการตรวจร่างกาย
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ ๑ ผู้มีสิทธิเข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

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

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิเข้าศึกษา

เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ สมอ หัวใจ
 กระดูก 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 หากตรวจพบภายหลังข้อมูลดังกล่าวเป็นเท็จหรือปกปิดข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนตามคุณสมบัติด้านสุขภาพที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนด ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิในการเข้าศึกษา

ลงชื่อ
(ผู้มีสิทธิเข้าศึกษา)

ลงชื่อ ผู้รับรอง
(บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง)



ส่วนที่ ๒ แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์, แพทย์หญิง นามสกุล

สถานที่ปฏิบัติงาน อำเภอ/เขต จังหวัด

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ได้ตรวจร่างกายของ แล้ว
ได้ผลดังนี้

ผลการตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก กก. ส่วนสูง	ชม. ความดันโลหิต	มม.ปรอท ชีพจร	ครั้ง/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
โรคเรื้อรัง	<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) กรณาระบุการอ่านค่าสายตา (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		



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
- Basophl 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

กลุ่มไลน์ สัมภาษณ์ PN รุ่นที่ 8 วพบ.แพร่

