



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ รอบที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๕

ตามที่สถาบันพระบรมราชชนก ได้ดำเนินการเปิดรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรระดับปริญญาตรี สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา ๒๕๖๕ รอบที่ ๒ รอบ Quota และระดับต่ำกว่าปริญญาตรี รอบรับกลาง ระหว่างวันที่ ๒๑-๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕ เสร็จสิ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว นั้น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง จึงขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ รอบที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๕ ตามเอกสารที่แนบท้ายประกาศนี้ และขอให้ผู้ที่มีรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ ดำเนินการตามปฏิทินการรับสมัครฯ รอบที่ ๒ รอบ Quota และระดับต่ำกว่าปริญญาตรี รอบรับกลาง ปีการศึกษา ๒๕๖๕ ดังนี้

๑. ตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มเอกสารที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนด (ทป.๐๐๔) ณ โรงพยาบาลประจำจังหวัดของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนที่สามารถตรวจได้ครบทุกรายการตามแบบฟอร์มที่สถาบันกำหนด (ไม่รวมคลินิกเอกชน) ในระหว่างวันที่ ๒๒-๒๖ เมษายน ๒๕๖๕

๒. ส่งผลการตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มเอกสารที่กำหนด (พร้อมทั้งแนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย) ตั้งแต่วันที่ ๒๒-๒๖ เมษายน ๒๕๖๕ โดยส่งเอกสารทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (pr@bcnt.ac.th) และจัดส่งเอกสารทางไปรษณีย์ช่องทางพิเศษหรือบริษัทเอกชนถึงวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง (งานรับสมัครนักศึกษา) เลขที่ ๙๑ ถนนโคกชัน ตำบลทับเที่ยง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ๙๒๐๐๐

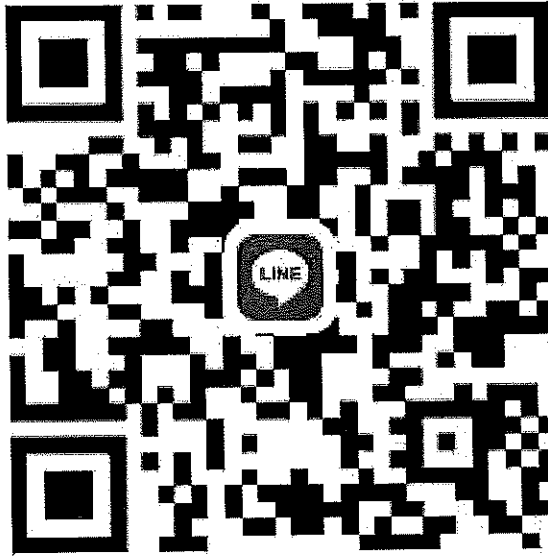
๓. ให้ผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ สแกน QR Code Add Line กลุ่ม และเข้ารับการสอบสัมภาษณ์แบบออนไลน์ โดยผ่านระบบ Zoom ในวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๐๐ น. เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕

(นางประไพพิศ สิงหเสม)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

QR Code Add Line กลุ่มเข้ารับการสอบสัมภาษณ์



QR Code Add Line กลุ่ม



ประกาศสถาบันพระบรมราชชนก
เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ รอบที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๕

ตามที่สถาบันพระบรมราชชนก ได้ดำเนินการเปิดรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรระดับปริญญาตรี
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา ๒๕๖๕ รอบที่ ๒ รอบ Quota และระดับต่ำกว่าปริญญาตรี
รอบรับกลาง ระหว่างวันที่ ๒๑-๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕ เสร็จสิ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว นั้น

สถาบันพระบรมราชชนก ขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ รอบที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๕
ตามเอกสารที่แนบท้ายประกาศนี้ และขอให้ผู้ที่มิรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ ดำเนินการตามปฏิทินการรับสมัครฯ
รอบที่ ๒ รอบ Quota และระดับต่ำกว่าปริญญาตรี รอบรับกลาง ปีการศึกษา ๒๕๖๕ ดังเอกสารแนบ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕

(ศาสตราจารย์พิเศษวิชัย เทียนถาวร)
อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์

รอบที่ ๒ Quota ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕

สถานที่สัมภาษณ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

โครงการความร่วมมือทางวิชาการกับโรงเรียน (MOU)

จำนวน ๓๑ คน

โครงการความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด

จำนวน ๑๒ คน

โครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ

บุตรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (บุตร อสม.)

จำนวน ๑๒ คน



ระบบรับสมัครนักศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก

รอบที่ ๒ Quota ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕

รายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์

สถานที่สัมภาษณ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

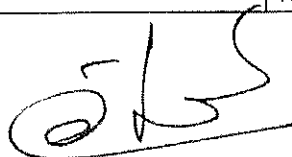
โครงการความร่วมมือทางวิชาการกับโรงเรียน (MOU)

ลำดับ ที่	เลขที่ ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	สถานศึกษา	จังหวัด ตามทะเบียนบ้าน
๑	๒๑๗๘๐๘	กัญญาภัค จันทร์เริก	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๒	๒๐๓๘๔๕	กัญญารัตน์ แก้วเจริญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ปัตตานี
๓	๒๒๔๓๙๖	กันยารัตน์ เหล็มปาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	พัทลุง
๔	๒๒๑๘๙๔	กัลยรัตน์ นางหลาด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๕	๒๑๙๐๙๔	จรรยาพร ศรีอินทร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	กระบี่
๖	๒๑๑๗๑๔	จันทกานต์ เอียดปู	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	พัทลุง
๗	๒๐๖๘๙๙	ชนาภัทร ร่างมณี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๘	๒๑๙๐๙๖	ณัฐฉิรินทร์ สุวรรณพันธ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	กระบี่
๙	๒๒๑๘๐๖	ณัฐริตา สดันนียด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	สตูล

(ศาสตราจารย์พิเศษวิชัย เทียนถาวร)

อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก

ลำดับ ที่	เลขที่ ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	สถานศึกษา	จังหวัด ตามทะเบียนบ้าน
๑๐	๒๒๑๒๕๕	หัตพิษา คงสิน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๑๑	๒๑๓๘๐๔	ธัญชนก แก้วสม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๑๒	๒๐๑๔๘๙	ธัญชนก หวังโสะ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๑๓	๒๒๑๑๗๓	นดา กานา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ปัตตานี
๑๔	๒๒๔๒๑๕	นริศรา คำเกาะ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	พัทลุง
๑๕	๒๑๒๑๕๘	นาบีลา เลาะเต็ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ปัตตานี
๑๖	๒๑๔๘๔๖	ปวรรัตน์ แช่ล้อย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๑๗	๒๑๔๙๔๔	ป้อมทิตา ชัยแก้ว	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๑๘	๒๒๖๖๕๖	ปิยะมาศ หมวดใหม่	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๑๙	๒๐๑๔๔๑	เปรมกมล รัตนะ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๒๐	๒๑๒๙๔๕	พิมพ์ชนก เดชาภิบาล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๒๑	๒๑๒๕๕๕	ภัทรวดี คงดี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	นครศรีธรรมราช
๒๒	๒๑๒๓๖๓	ภัทรวดี พรมขวัญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ปัตตานี



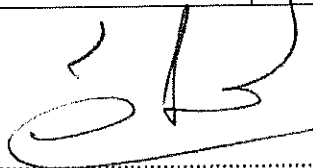
(ศาสตราจารย์พิเศษวิชัย เทียนถาวร)

อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก

ลำดับ ที่	เลขที่ ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	สถานศึกษา	จังหวัด ตามทะเบียนบ้าน
๒๓	๒๑๑๘๕๑	ภัทรภรณ์ สมจริง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๒๔	๒๐๒๐๐๙	ยุพาวดี ใจบุญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๒๕	๒๒๑๘๙๕	วิชรินทร์ ยับ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	นครศรีธรรมราช
๒๖	๒๑๖๑๕๗	วิภาวินี สัจวงษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๒๗	๒๑๒๗๙๒	วิรัชพัชร หมุดหมัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	กระบี่
๒๘	๒๒๔๗๕๗	ศรัญญา เสลา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	พัทลุง
๒๙	๒๑๐๙๗๐	สุธินันท์ เสลา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๓๐	๒๐๓๕๗๕	อรัชกร เกื้อหนุน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	พัทลุง
๓๑	๒๑๒๙๐๒	อาชูวันนา ลาววัลย์วุธ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ปัตตานี

โครงการความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด

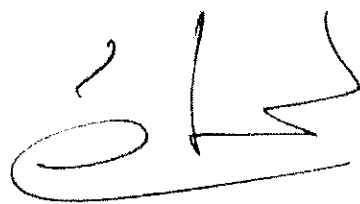
ลำดับ ที่	เลขที่ ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	สถานศึกษา	จังหวัด ตามทะเบียนบ้าน
๑	๒๑๗๗๑๖	กัญญาภัค ปังตา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๒	๒๒๓๒๓๙	นุรมา เจ๊ะเห็ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ปัตตานี



(ศาสตราจารย์พิเศษวิชัย เทียนถาวร)

อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก

ลำดับ ที่	เลขที่ ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	สถานศึกษา	จังหวัด ตามทะเบียนบ้าน
๓	๒๒๒๐๕๘	นุรฮัยนี เจมะ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ปัตตานี
๔	๒๒๕๔๑๒	พิตรี กาเจ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ปัตตานี
๕	๒๒๑๘๔๕	รามาวดี หมาดหาว	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๖	๒๒๒๖๓๓	รุสลีน่า บิลายเจ๊ะ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๗	๒๐๒๐๑๘	วาสนา ทองอ่อน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๘	๒๑๙๐๓๐	ศศิกานต์ ทองเหลือ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๙	๒๐๑๕๙๙	ศิริลักษณ์ พลสังข์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๑๐	๒๐๓๕๗๗	อริยา โยธาร์ักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๑๑	๒๑๙๓๙๙	อรุณ แสละ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๑๒	๒๒๓๒๐๗	อัลฮิคลาส แวะหะมะ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ปัตตานี

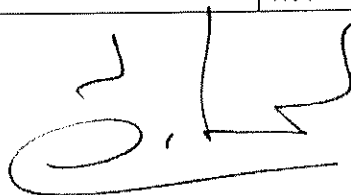


(ศาสตราจารย์พิเศษวิชัย เทียนถาวร)

อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก

โครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือบุตรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (บุตร อสม.)

ลำดับ ที่	เลขที่ ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	สถานศึกษา	จังหวัด ตามทะเบียนบ้าน
๑	๒๒๐๖๓๑	ชูไฮรา สนิท	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ปัตตานี
๒	๒๐๕๘๗๘	โซเพียนา วาเย๊ะ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ปัตตานี
๓	๒๑๗๖๘๔	โซหนับ พลพั่ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๔	๒๑๑๓๒๑	ณัฐนรี สิทธิชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๕	๒๑๙๓๘๑	นัสรีน วานี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ปัตตานี
๖	๒๒๑๗๑๐	ปริญทร์ฉัตร ปานเนียม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๗	๒๐๓๑๑๖	มณีศิริ ศรีไทย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๘	๒๑๒๗๘๒	รอยมี หะยีตาโอะ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ปัตตานี
๙	๒๒๔๑๔๐	ศุภกิตต์ จริงจิตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๑๐	๒๒๓๑๕๙	สโรชา อารับ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๑๑	๒๐๔๗๖๖	อรอนงค์ บุญช่วย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ตรัง
๑๒	๒๒๒๘๐๙	ฮายีพะห์ พัทธ์กล้าวัลย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	ปัตตานี



(ศาสตราจารย์พิเศษวิชัย เทียนถาวร)

อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก

**ปฏิทินการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา ๒๕๖๕ รอบที่ ๒ Quota**

กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
ประชาสัมพันธ์	กุมภาพันธ์-มีนาคม ๒๕๖๕	สถาบันพระบรมราชชนก
๑. ลงทะเบียนเป็นสมาชิก TCAS เว็บไซต์ http://mytcas.com	ก่อนการสมัคร	ผู้สมัคร
๒. สมัครผ่านระบบรับสมัครของสถาบันพระบรมราชชนก http://admission.pi.ac.th	วันที่ ๒๑-๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕	ผู้สมัคร
๓. ชำระเงินค่าสมัคร	วันที่ ๒๑-๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕	ผู้สมัคร
ตรวจสอบผู้ชำระเงินค่าสมัคร	วันที่ ๒๑ มีนาคม ถึง ๑ เมษายน ๒๕๖๕	สถาบันพระบรมราชชนก
สถาบันส่งรายชื่อผู้สมัครชำระเงินให้วิทยาลัย	วันที่ ๔-๕ เมษายน ๒๕๖๕	สถาบันพระบรมราชชนก
ตรวจสอบคุณสมบัติผู้สมัครตามเกณฑ์ที่สถาบันกำหนด และประมวลผลการคัดเลือก	วันที่ ๗-๑๒ เมษายน ๒๕๖๕	วิทยาลัย
จัดทำรายชื่อผู้สมัครที่ผ่านคุณสมบัติ และส่งรายชื่อให้สทบข. เพื่อจัดทำประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์	วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๕	วิทยาลัย
๔. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์	วันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๕	สถาบันพระบรมราชชนก
๕. ตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลเอกชนที่สามารถ ตรวจได้ครบทุกรายการตามแบบฟอร์มที่สถาบันกำหนด	วันที่ ๒๒-๒๖ เมษายน ๒๕๖๕	ผู้สมัคร
๖. ส่งเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ผลการตรวจร่างกาย และเข้าสัมภาษณ์	วันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๕	ผู้สมัคร
๗. รับเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ผลการตรวจร่างกาย และสัมภาษณ์	วันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๕	วิทยาลัย
วิทยาลัยส่งรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกให้สถาบัน	วันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๕	วิทยาลัย
๘. ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก	วันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๖๕	สถาบันพระบรมราชชนก
สถาบันส่งรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก เข้าระบบ TCAS	วันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕	สถาบันพระบรมราชชนก
๙. ยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษา เว็บไซต์ http://mytcas.com	วันที่ ๔-๕ พฤษภาคม ๒๕๖๕	ผู้สมัคร
๑๐. สละสิทธิ์ เว็บไซต์ http://mytcas.com	วันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕	ผู้สมัคร
สถาบันดึงรายชื่อผู้ยืนยันสิทธิ์ จากระบบ TCAS เพื่อปรับแผนรับรอบต่อไป	วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕	สถาบันพระบรมราชชนก
๑๑. สถาบันประกาศรายชื่อ (ผู้ยืนยันสิทธิ์) เรียกเข้าศึกษา เว็บไซต์ http://admission.pi.ac.th	วันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๕	สถาบันพระบรมราชชนก
๑๒. ชำระเงินค่าลงทะเบียน (แรกเข้า) ผู้ที่ยืนยันสิทธิ์	วันที่ ๑๐-๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕	ผู้สมัคร
๑๓. ประกาศรายชื่อนักศึกษาใหม่	วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๕	สถาบันพระบรมราชชนก
๑๔. เตรียมความพร้อมในการเข้าศึกษา	วันที่ ๒๐-๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๕	วิทยาลัยและผู้สมัคร
๑๕. เปิดภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๕	วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๕	วิทยาลัยและผู้สมัคร

กำหนดจังหวัดและพื้นที่สัมภาษณ์ ประจำปีการศึกษา 2565

คณะพยาบาลศาสตร์

เขต	จังหวัด	สถานที่สัมภาษณ์
1	แม่ฮ่องสอน	วพบ.เชียงใหม่
	เชียงใหม่	วพบ.เชียงใหม่
	เชียงราย	วพบ.พะเยา
	พะเยา	วพบ.พะเยา
	ลำปาง	วพบ.นครลำปาง
	ลำพูน	วพบ.นครลำปาง
	น่าน	วพบ.แพร่
	แพร่	วพบ.แพร่
2	อุตรดิตถ์	วพบ.อุตรดิตถ์
	ตาก	วพบ.อุตรดิตถ์
	สุโขทัย	วพบ.อุตรดิตถ์
	พิษณุโลก	วพบ.พุทธชินราช
	เพชรบูรณ์	วพบ.พุทธชินราช
3	ชัยนาท	วพบ.ชัยนาท
	อุทัยธานี	วพบ.ชัยนาท
	นครสวรรค์	วพบ.สวรรค์ประชารักษ์ฯ
	พิจิตร	วพบ.สวรรค์ประชารักษ์ฯ
	กำแพงเพชร	วพบ.สวรรค์ประชารักษ์ฯ
4	นนทบุรี	วพบ.จ.นนทบุรี
	นครนายก	วพบ.จ.นนทบุรี
	ปทุมธานี	วพบ.จ.นนทบุรี
	ลพบุรี	วพบ.พระพุทธบาท
	พระนครศรีอยุธยา	วพบ.นพรัตน์วัชรระ
	สระบุรี	วพบ.สระบุรี
	สิงห์บุรี	วพบ.สระบุรี
	อ่างทอง	วพบ.สระบุรี

เขต	จังหวัด	สถานที่สัมภาษณ์
5	ประจวบคีรีขันธ์	วพ.พระจอมเกล้า จ.เพชรบุรี
	เพชรบุรี	วพ.พระจอมเกล้า จ.เพชรบุรี
	สุพรรณบุรี	วพบ.สุพรรณบุรี
	กาญจนบุรี	วพบ.จักรีรัช
	นครปฐม	วพบ.จักรีรัช
	ราชบุรี	วพบ.ราชบุรี
	สมุทรสงคราม	วพบ.ราชบุรี
	สมุทรสาคร	วพบ.ราชบุรี
6	ชลบุรี	วพบ.ชลบุรี
	สระแก้ว	วพบ.ชลบุรี
	ฉะเชิงเทรา	วพบ.ชลบุรี
	จันทบุรี	วพ.พระปกเกล้า จันทบุรี
	ตราด	วพ.พระปกเกล้า จันทบุรี
	ปราจีนบุรี	วพ.พระปกเกล้า จันทบุรี
	ระยอง	วพ.พระปกเกล้า จันทบุรี
	สมุทรปราการ	วพบ.กรุงเทพ
7	มหาสารคาม	วพ.ศรีมหาสารคาม
	ร้อยเอ็ด	วพ.ศรีมหาสารคาม
	ขอนแก่น	วพบ.ขอนแก่น
	กาฬสินธุ์	วพบ.ขอนแก่น
8	บึงกาฬ	วพบ.อุดรธานี
	เลย	วพบ.อุดรธานี
	หนองคาย	วพบ.อุดรธานี
	อุดรธานี	วพบ.อุดรธานี
	หนองบัวลำภู	วพบ.อุดรธานี
	นครพนม	วพบ.อุดรธานี
	สกลนคร	วพบ.อุดรธานี

เขต	จังหวัด	สถานที่สัมภาษณ์
9	นครราชสีมา	วพบ.นครราชสีมา
	ชัยภูมิ	วพบ.นครราชสีมา
	สุรินทร์	วพบ.สุรินทร์
	บุรีรัมย์	วพบ.สุรินทร์
10	อุบลราชธานี	วพบ.สรรพสิทธิประสงค์
	มุกดาหาร	วพบ.สรรพสิทธิประสงค์
	อำนาจเจริญ	วพบ.สรรพสิทธิประสงค์
	ศรีสะเกษ	วพบ.สรรพสิทธิประสงค์
	ยโสธร	วพบ.สรรพสิทธิประสงค์
11	นครศรีธรรมราช	วพบ.นครศรีธรรมราช
	พังงา	วพบ.นครศรีธรรมราช
	กระบี่	วพบ.นครศรีธรรมราช
	สุราษฎร์ธานี	วพบ.สุราษฎร์ธานี
	ระนอง	วพบ.สุราษฎร์ธานี
	ชุมพร	วพบ.สุราษฎร์ธานี
	ภูเก็ต	วพบ.สุราษฎร์ธานี
12	ตรัง	วพบ.ตรัง
	ปัตตานี	วพบ.ตรัง
	นราธิวาส	วพบ.ยะลา
	ยะลา	วพบ.ยะลา
	สงขลา	วพบ.สงขลา
	พัทลุง	วพบ.สงขลา
	สตูล	วพบ.สงขลา

หมายเหตุ กรณีไม่จำกัดภูมิภาคสำเนา สัมภาษณ์ตามสถานศึกษา



รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ ๑ ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

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

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ สมอ หัวใจ
 กระดูก อื่นๆ ระบุ

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล 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 หากตรวจพบภายหลังข้อมูลดังกล่าวเป็นเท็จ
ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์ในการเข้าศึกษา

ลงชื่อ
(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา)

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	.....
โรคเรื้อน	<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) กรณีการอ่านค่าสายตา				
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"/> ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา			
	<input type="checkbox"/> เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		ระบุ	.....
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"/> ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา			
	<input type="checkbox"/> เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		ระบุ	.....
โรคคนเฝ้า	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น	<input type="checkbox"/> เป็น	ระบุ	.....
การทำงานของหัวใจ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ	.....
ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ	ระบุ			



ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)

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

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)

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาลของรัฐ

ประทับตราสถานบริการ