



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ รอบที่ ๕ รับตรงอิสระ ปีการศึกษา ๒๕๖๕

ตามที่สถาบันพระบรมราชชนก ได้ดำเนินการเปิดรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา
หลักสูตรระดับปริญญาตรี สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา ๒๕๖๕ รอบที่ ๕
รับตรงอิสระ ระหว่างวันที่ ๒๔-๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๕ เสร็จสิ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว นั้น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง จึงขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ รอบที่ ๕ รับตรง
อิสระ ปีการศึกษา ๒๕๖๕ ตามเอกสารที่แนบท้ายประกาศนี้ ขอให้ผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ ดำเนินการตามปฏิทินการ
รับสมัครฯ รอบที่ ๕ รับตรงอิสระ ปีการศึกษา ๒๕๖๕ ดังนี้

๑. ตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มเอกสารที่สถาบันพระบรมราชชนก (ทป.๐๐๔)
ณ โรงพยาบาลประจำจังหวัดของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนที่สามารถตรวจได้ครบทุกรายการ ตามแบบฟอร์ม
ที่สถาบันกำหนด (ไม่รวมคลินิกเอกชน) ในระหว่างวันที่ ๔-๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕

๒. ส่งผลการตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มเอกสารที่กำหนด (พร้อมทั้งแนบรายงานผล
การตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย) และใบสมัครเข้าศึกษา ตั้งแต่วันที่ ๔-๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕ โดยส่งเอกสาร
ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (pr@bcnt.ac.th) และจัดส่งเอกสารทางไปรษณีย์ช่องทางพิเศษหรือ
บริษัทเอกชน ถึงวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง (งานรับสมัครนักศึกษา) เลขที่ ๙๑ ถนนโคกขัน
ตำบลทับเที่ยง อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง ๙๒๐๐๐

๓. ให้ผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ สแกน QR Code Add Line กลุ่ม และเข้ารับการสอบสัมภาษณ์
แบบออนไลน์ โดยผ่านระบบ Zoom ในวันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๓๐ น. เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(นางประไพพิศ สิงหเสม)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

QR Code Add Line กลุ่มเข้ารับการสอบสัมภาษณ์



QR Code Add Line กลุ่ม



ประกาศสถาบันพระบรมราชชนก
เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์สมัครสอบ รอบที่ ๕ รับตรงอิสระ ปีการศึกษา ๒๕๖๕

ตามที่สถาบันพระบรมราชชนก ได้ดำเนินการเปิดรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรระดับปริญญาตรี สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา ๒๕๖๕ รอบที่ ๕ รับตรงอิสระ ระหว่างวันที่ ๒๔-๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๕ เสร็จสิ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว นั้น

สถาบันพระบรมราชชนก ขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สมัครสอบ รอบที่ ๕ รับตรงอิสระ ปีการศึกษา ๒๕๖๕ ตามเอกสารที่แนบท้ายประกาศนี้ และขอให้ผู้ที่มีรายชื่อผู้มีสิทธิ์สมัครสอบ ดำเนินการตามปฏิทินการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรระดับปริญญาตรี ของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา ๒๕๖๕ รอบที่ ๕ รับตรงอิสระ ดังเอกสารแนบ

ประกาศ ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(ศาสตราจารย์พิเศษวิชัย เทียนถาวร)

อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์
รอบที่ ๕ รับตรงอิสระ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕
สถานที่สัมภาษณ์ สถาบันพระบรมราชชนก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
จำนวน ๓ คน



ระบบรับสมัครนักศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก
รอบที่ ๕ รับตรงอิสระ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕

รายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์

สถานที่สัมภาษณ์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

โครงการบุคคลทั่วไป

| ลำดับ ที่ | ชื่อ-นามสกุล | สถานศึกษา | จังหวัด ตามทะเบียนบ้าน |
|--------------|----------------------------|---|---------------------------|
| ๑ | นางสาว วาสนา ทองอ่อน | สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง | ตรัง |
| ๒ | นางสาว พัชรพร ทับทิม | สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง | นครศรีธรรมราช |
| ๓ | นางสาว ขอบารีย์หะห์ เจ๊ะแม | สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง | ยะลา |

(ศาสตราจารย์พิเศษวิชัย เทียนถาวร)

อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก

ปฏิทินการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรระดับปริญญาตรี ของสถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา ๒๕๖๕ รอบที่ ๕ รับตรงอิสระ

| กิจกรรม | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|--|----------------------------|---------------------|
| ๑. ประชาสัมพันธ์ | มิถุนายน ๒๕๖๕ | สถาบันพระบรมราชชนก |
| ๒. สมัครผ่านระบบรับสมัครของสถาบันพระบรมราชชนก http://admission.pi.ac.th โดยผู้สมัครต้องไม่มีสถานะเป็นผู้ที่มีชื่อยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษา อยู่ในระบบ TCAS รอบที่ ๑-๔ | วันที่ ๒๔-๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๕ | ผู้สมัคร |
| ๓. ชำระเงินค่าสมัคร | วันที่ ๒๔-๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๕ | ผู้สมัคร |
| ตรวจสอบผู้ชำระเงินค่าสมัคร | วันที่ ๒๔-๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๕ | สถาบันพระบรมราชชนก |
| สถาบันส่งรายชื่อผู้สมัครชำระเงินให้วิทยาลัย | วันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๕ | สถาบันพระบรมราชชนก |
| ตรวจสอบคุณสมบัติผู้สมัครตามเกณฑ์ที่สถาบันกำหนด ประมวลผลการคัดเลือก และส่งรายชื่อผู้มีคุณสมบัติให้ สพช. เพื่อจัดทำประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ | วันที่ ๒๙-๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ | วิทยาลัย |
| ๔. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ | วันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕ | สถาบันพระบรมราชชนก |
| ๕. ตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลเอกชนที่สามารถ ตรวจได้ครบทุกรายการตามแบบฟอร์มที่สถาบันกำหนด | วันที่ ๔-๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕ | ผู้สมัคร |
| ๖. - ส่งเอกสารหลักฐานต่าง ๆ และผลการตรวจร่างกาย - สัมภาษณ์ | วันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕ | ผู้สมัคร |
| ๗. - สัมภาษณ์ - ตรวจเอกสารเพิ่มเติม และผลการตรวจร่างกาย | วันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕ | วิทยาลัย |
| วิทยาลัยส่งรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาให้สถาบัน | วันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕ | วิทยาลัย |
| ๘. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา | วันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๕ | สถาบันพระบรมราชชนก |
| ๑๑. ชำระเงินค่าลงทะเบียน (แรกเข้า) | วันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕ | ผู้สมัคร |
| ๑๒. ประกาศรายชื่อนักศึกษาใหม่ | วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ | สถาบันพระบรมราชชนก |
| ๑๓. เปิดภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๕ | วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ | วิทยาลัยและผู้สมัคร |



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 _____
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 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) กรุณาระบุการอ่านคำสายตา | | | | | |
| 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 | | |
| โรคคนเผลอก | <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