

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๗๐๗.๐๓/๖๕ ๑ ๑



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การรับสมัครอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุตร เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลฯ รอบขยายเวลา (ก.ค. ๖๕)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ปฏิทินการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา	จำนวน ๑ ชุด
๒. กำหนดการเปิดการศึกษาและจำนวนโควตาฯ	จำนวน ๑ ชุด
๓. ใบแสดงความจำนงสมัครฯ	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดสรรโควตาเข้าศึกษาหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลให้แก่ อสม. เป็นจำนวน ๓,๐๐๐ คน เพื่อศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ๓๐ แห่ง ทั่วประเทศ และภายหลังที่กำหนดหลักเกณฑ์การสรรหาและรับสมัคร อสม. เข้าศึกษาหลักสูตรฯ ดังกล่าว ในระยะแรกไปแล้ว พบว่า มี อสม. แสดงความจำนงสมัครเข้าศึกษาน้อยกว่าโควตาที่กำหนด เป็นจำนวนมาก ประกอบกับ อสม. บางส่วนที่มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ปฏิบัติงานในบทบาท อสม. ได้อย่างมีประสิทธิภาพมาโดยตลอด และมีความจำนงสมัครเข้าศึกษา แต่ขาดคุณสมบัติบางประการ รวมทั้ง อสม. ที่ไม่มีคุณสมบัติที่จะสมัครเข้าศึกษาได้ ภายหลังการรับสมัครรอบวันที่ ๔ เมษายน - ๒ มิถุนายน ๒๕๖๕ มีผู้สอบผ่านได้สิทธิเข้าศึกษา จำนวน ๒,๐๕๘ คน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้หารือร่วมกับสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มเป้าหมายอย่างที่สุด และสอดคล้องกับจำนวนโควตาที่กำหนด จึงมีมติเห็นชอบให้เปิดรับสมัคร รอบที่ ๒ ให้เสร็จสิ้นภายในเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๕ โดยใช้หลักเกณฑ์และวิธีการสรรหาฯ เดิม และมีจำนวนโควตาที่เปิดรับ ๖๒๐ คน ทั้งนี้ ผู้ที่มีสิทธิเข้าศึกษาจากการสมัคร รอบที่ ๒ จะถูกจัดเป็นกลุ่มนักศึกษาในสถานศึกษาที่เปิดเรียนรุ่นที่ ๒

ในการนี้ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนโครงการตามนโยบายดังกล่าว ให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงขอความอนุเคราะห์ให้จังหวัดดำเนินการดังต่อไปนี้

๑. แจ้งประชาสัมพันธ์หลักเกณฑ์และวิธีการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุตร เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๕ (ฉบับปรับปรุง)

๒. แจ้งให้หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ประชาสัมพันธ์การรับสมัคร สรรหา อสม. และบุตร ผู้มีความประสงค์เข้าศึกษาในหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล รอบที่ ๒ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนด

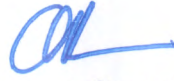
๓. ดำเนินการรวบรวมเอกสารแสดงความจำนงสมัครเข้ารับการศึกษา ตรวจสอบและรับรองคุณสมบัติ อสม./ บุตร อสม. รวมทั้งแจ้งรายชื่อผู้ผ่านการสรรหาเรียงตามลำดับการสมัครก่อนหลังตามแบบฟอร์มที่กำหนด ให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ภายในวันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ โดยส่งผ่าน Email : Phc0705.6@gmail.com

๔. ติดตาม และ...

๔. ติดตาม และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานตามโครงการดังกล่าว เป็นไปด้วยความเรียบร้อยภายในระยะเวลาที่กำหนด รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นายอาคม ประดิษฐสุวรรณ)
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

กลุ่มพัฒนาการมีส่วนร่วม

โทรศัพท์ : ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๑

โทรสาร : ๐ ๒๑๙๙ ๕๖๔๕

ปฏิทินการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล รอบขยายเวลา (ก.ค. ๖๕)
โครงการผลิตผู้ช่วยพยาบาลเพื่อพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการสร้างสุขภาวะชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ปีการศึกษา ๒๕๖๕
(ฉบับปรับปรุง วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕)

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
ขั้นตอนการสรรหาผู้มีสิทธิ์สมัครเข้ารับการคัดเลือกเข้าศึกษา			
๑.	ประกาศรับสมัครผู้มีความประสงค์เข้าศึกษา	๔ กรกฎาคม ๒๕๖๕	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๒.	รับสมัครผู้มีความประสงค์เข้าศึกษา อสม. ยื่นความจำนงสมัครตามแบบฟอร์มที่กำหนด	๔ - ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๕	ผู้สมัคร
๓.	จังหวัดรวบรวมเอกสารแสดงความจำนงสมัครเข้ารับการคัดเลือก ตรวจสอบ และรับรองคุณสมบัติ (โดยให้ผู้สมัครเข้าศึกษา ระบุสถานศึกษาที่ประสงค์เข้า ศึกษา และระบุสถานศึกษาที่ประสงค์เข้ารับการวัดประเมินความรู้พื้นฐานและ การสัมภาษณ์ ให้พร้อม)	๖ - ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ สำนักอนามัย กทม.
๔.	จังหวัดส่งรายชื่อผู้ผ่านการสรรหาให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ (ภายในเวลา ๒๔.๐๐ น.)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ สำนักอนามัย กทม.
๕.	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ คัดกรองรายชื่อผู้เข้าศึกษาตามโควตาที่สถาบัน พระบรมราชชนกกำหนด และแจ้งให้ผู้เข้าศึกษาเข้ารับการตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนที่สามารถตรวจได้ครบทุกรายการ ตามแบบฟอร์มที่สถาบันกำหนด	๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๖.	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ส่งรายชื่อผู้สมัคร เพื่อเข้ารับการวัดประเมิน ความรู้พื้นฐานและสัมภาษณ์ ให้สถาบันพระบรมราชชนก รวมทั้งแจ้งให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบ	๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๗.	ผู้สมัครเข้าศึกษา เข้ารับการตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลของรัฐหรือ โรงพยาบาลเอกชนที่สามารถตรวจได้ครบทุกรายการตามแบบฟอร์ม ที่สถาบันกำหนด	๑๙ - ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕	ผู้สมัคร
ขั้นตอนการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา			
๑.	ประกาศรายชื่อผู้เข้ารับการวัดประเมินความรู้พื้นฐานและสัมภาษณ์ และ สถานที่สอบ ทางเว็บไซต์ของสถาบันพระบรมราชชนก คณะพยาบาลศาสตร์ http://pbri-nurse.pi.ac.th รวมทั้งแจ้งให้กรมสนับสนุนบริการทราบ	๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
๒.	การสอบวัดประเมินความรู้พื้นฐาน การสัมภาษณ์ และการส่งผลการตรวจร่างกาย - <u>สอบภาควิชาการ</u> ๔ หมวดวิชา คือ (๑) ภาษาอังกฤษ (๒) คณิตศาสตร์ (๓) วิทยาศาสตร์ (๔) สุขศึกษาและความรู้ทั่วไป - <u>สอบสัมภาษณ์</u>	๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น. สอบข้อเขียน ๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น. สอบสัมภาษณ์	ณ วิทยาลัยพยาบาล ที่เป็นสถานที่สอบ ตามรายชื่อที่ประกาศ
๘.	จัดทำรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาให้คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕	วิทยาลัยที่เข้าศึกษา
๙.	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาทางเว็บไซต์ของสถาบันพระบรมราชชนก คณะพยาบาลศาสตร์ http://pbri-nurse.pi.ac.th และวิทยาลัยพยาบาลที่เข้าศึกษา	๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
๑๐.	รายงานตัวและเปิดการเรียนการสอนภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๕ (ส่งหลักฐานตรวจร่างกายตัวจริง กรณียังไม่ได้ส่งตัวจริง และหากพบว่าเอกสารไม่ตรง จะถูกตัดสิทธิ์เข้าศึกษา)	ตามที่วิทยาลัยกำหนด เปิดการเรียนการสอน	วิทยาลัยที่เข้าศึกษา

กำหนดการเปิดการศึกษา รุ่นที่ ๒ และจำนวนโควตาเปิดรับเพิ่มเติม รอบขยายเวลา (ก.ค. ๖๕)

หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ปีการศึกษา ๒๕๖๕

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ลำดับที่	วิทยาลัย	วันเปิดการเรียนการสอน	กำหนดวันจัดการเรียนการสอน		จำนวนโควตา ที่เปิดรับเพิ่มเติม
			ภาคทฤษฎี	ภาคปฏิบัติ	
๑	วพบ.กรุงเทพ	วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๕	พฤษ- อาทิตย์	จันทร์-ศุกร์	๔๓
๒	วพบ.เชียงใหม่	วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๕	ภาคปคติ: จันทร์-ศุกร์	ภาคปคติ: จันทร์-ศุกร์	๐
๓	วพบ.นครราชสีมา	วันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๕	ศุกร์- อาทิตย์	พฤษบดี - อาทิตย์	๑๔
๔	วพบ.สุราษฎร์ธานี	วันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๕	ศุกร์ เสาร์ อาทิตย์	ศุกร์ เสาร์ อาทิตย์	๐
๕	วพบ.นพรัตน์วชิระ	วันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๕	เสาร์-อาทิตย์	พฤษ-เสาร์	๔๔
๖	วพบ.ขอนแก่น	วันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๕	จันทร์ - ศุกร์	พฤษ - อาทิตย์	๑๑
๗	วพบ.ชลบุรี	วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๕	พฤษบดี-เสาร์	สัปดาห์ละ ๕ วัน	๙๐
๘	วพ.ศรีมหาสารคาม	วันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๕	ศุกร์-อาทิตย์	พฤษ-อาทิตย์	๑๙
๙	วพบ.พระพุทธบาท	วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕	พฤษบดี-อาทิตย์	พฤษ-อาทิตย์	๖๙
๑๐	วพบ.สระบุรี	วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕	พฤษบดี-อาทิตย์	จันทร์-อาทิตย์	๕๐
๑๑	วพบ.นครลำปาง	วันที่ ๒ กันยายน ๒๕๖๕	ศุกร์ เสาร์ อาทิตย์	ศุกร์ เสาร์ อาทิตย์	๒๖
๑๒	วพบ.พะเยา	วันที่ ๒ กันยายน ๒๕๖๕	ศุกร์-เสาร์-อาทิตย์	ศุกร์-เสาร์-อาทิตย์	๒
๑๓	วพบ.สรรพสิทธิประสงค์	วันที่ ๒ กันยายน ๒๕๖๕	ศุกร์-เสาร์-อาทิตย์	พฤษบดี-อาทิตย์	๐
๑๔	วพบ.อุดรธานี	วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๕	ศุกร์-อาทิตย์	พุธ-อาทิตย์	๓๑
๑๕	วพ.พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี	วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๕	พฤษบดี-อาทิตย์	จันทร์-ศุกร์ เสาร์ อาทิตย์ ตามตารางเวร	๒๙
๑๖	วพบ.นครศรีธรรมราช	วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๕	จันทร์ - ศุกร์	จันทร์ - ศุกร์	๓๐
๑๗	วพบ.สงขลา	วันที่ ๙ กันยายน ๒๕๖๕	ศุกร์-เสาร์-อาทิตย์	ศุกร์-เสาร์-อาทิตย์	๐
๑๘	วพบ.ชัยนาท	วันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๖๕	ศุกร์- อาทิตย์	พฤษบดี - อาทิตย์	๕๙
๑๙	วพบ.ราชบุรี	วันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๕	ศุกร์ เสาร์ อาทิตย์	จันทร์-ศุกร์	๕๑
๒๐	วพบ.พุทธชินราช	วันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๕	ศุกร์ เสาร์ อาทิตย์	จันทร์-ศุกร์	๕๒

รวม

๖๒๐

ใบแสดงความจำนงสมัครเข้ารับการศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๕
(สำหรับ อสม.)

สำหรับ
ติดรูปถ่าย
ขนาด ๓ x ๔ ซม.
หรือ ๑.๕ นิ้ว

๑. ข้อมูลทั่วไป

คำนำหน้าชื่อ นาย นาง นางสาว ชื่อ.....นามสกุล.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน ---- วัน/เดือน/ปีเกิด.....
สถานภาพ โสด สมรส หย่าร้าง เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา..... อายุ.....ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์..... E-mail.....

๒. ประวัติสุขภาพ

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ.....

๓. สถานที่ปฏิบัติงาน

ชื่อหน่วยบริการสาธารณสุขที่สังกัดอยู่.....
ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ อสม.....ปี
ที่อยู่หน่วยงาน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์..... E-mail.....

๔. ประวัติการศึกษา

วุฒิการศึกษาที่ใช้สมัคร..... แผนก/สาขา.....
สถานที่จบการศึกษา..... ปีที่สำเร็จการศึกษา.....

๕. เอกสารการสมัคร

- | | |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว อสม. | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาวุฒิการศึกษา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองคุณสมบัติการปฏิบัติหน้าที่ อสม. โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล (ถ้ามี) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) | จำนวน ๑ ฉบับ |

๖. สถานศึกษาที่ประสงค์จะเข้ารับการศึกษา

ลำดับที่ ๑.....

๗. สถานศึกษาที่ประสงค์จะเข้ารับการศึกษา

สนามสอบ.....

ลงชื่อ.....ผู้แสดงความจำนง
(.....)
ลงชื่อ.....ผู้เสนอและกลั่นกรอง
(.....)

อสม.

ผอ. รพ.สต.

วันที่สมัคร.....

วันที่.....

หมายเหตุ : การศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าวนี้ไม่มีผลผูกพันในการรับเข้าทำงานหรือบรรจุเข้ารับราชการ

ใบแสดงความจำนงสมัครเข้ารับการศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๕
(สำหรับบุตร อสม.)

สำหรับ
ติดรูปถ่าย
ขนาด ๓ x ๔ ซม.
หรือ ๑.๕ นิ้ว

๑. ข้อมูลทั่วไป

คำนำหน้าชื่อ นาย นาง นางสาว ชื่อ.....นามสกุล.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน ---- วัน/เดือน/ปีเกิด.....
สถานภาพ โสด สมรส หย่าร้าง เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา..... อายุ.....ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์..... E-mail.....

๒. ประวัติสุขภาพ

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ.....

๓. ประวัติการศึกษา

วุฒิการศึกษาที่ใช้สมัคร..... แผนก/สาขา.....
สถานที่จบการศึกษา..... ปีที่สำเร็จการศึกษา.....

๔. ข้อมูลทั่วไปของ อสม. ผู้เป็นบิดาหรือมารดา โดยสายเลือด/ตามกฎหมาย

คำนำหน้าชื่อ นาย นาง นางสาว ชื่อ.....นามสกุล.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน ---- ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ อสม.....ปี
ชื่อหน่วยบริการสาธารณสุขที่สังกัดอยู่.....
ที่อยู่หน่วยงาน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์..... E-mail.....

๕. เอกสารการสมัคร

- | | |
|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาสูติบัตร | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาวุฒิการศึกษา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว อสม. ของบิดาหรือมารดา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองคุณสมบัติการปฏิบัติหน้าที่ อสม. ของบิดาหรือมารดา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล (ถ้ามี) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) | จำนวน ๑ ฉบับ |

๖. สถานศึกษาที่ประสงค์จะเข้ารับการศึกษา

ลำดับที่ ๑.....

๗. สถานศึกษาที่ประสงค์จะเข้ารับการศึกษาสอบคัดเลือก

สถานศึกษาที่สอบ.....

ลงชื่อ.....ผู้แสดงความจำนง
(.....)

บุตร อสม.

ลงชื่อ.....ผู้เสนอและกลั่นกรอง
(.....)

ผอ. รพ.สต.

วันที่สมัคร.....

วันที่.....

หมายเหตุ : ๑. การศึกษาตามหลักสูตรดังกล่าวนี้ไม่มีผลผูกพันในการรับเข้าทำงานหรือบรรจุเข้ารับราชการ

๒. บุตร อสม. จะได้รับการจัดสรรโควตาที่เหลือจาก อสม. ที่มีคุณสมบัติครบ ให้ได้เข้ารับการศึกษาก่อนเป็นลำดับแรก



รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิเข้าศึกษา
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

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 อื่นๆ ระบุ

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลคือ เมื่อ พ.ศ.....

ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ.....

ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา อายุ ปี

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

ชื่อมารดา..... นามสกุล อายุ ปี

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่าไม่ถูกต้อง
หรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิจากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ
(ผู้มีสิทธิเข้าศึกษา)



ส่วนที่ ๒ แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์/แพทย์หญิง นามสกุล

สถานที่ปฏิบัติงาน อำเภอ/เขต จังหวัด

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ได้ตรวจร่างกายของ แล้ว
ได้ผลดังนี้

ผลการตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก	กก.	ส่วนสูง	ซม.	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) กรุณาระบุการอ่านค่าสายตา							
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		
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		
โรคคนเฟื่อง	<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)

๑.Urine analysis (UA)

Albumin ปกติ ผิดปกติ ระบุ

Sugar ปกติ ผิดปกติ ระบุ

Sediments ปกติ ผิดปกติ ระบุ

สารเสพติด (มอร์ฟิน, แอมเฟตามีน หรืออื่นๆ อย่างน้อย ๑ ประเภท)

ปกติ ผิดปกติ ระบุ

๒.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

Basophil ปกติ ผิดปกติ ระบุ

Eosinophil ปกติ ผิดปกติ ระบุ

Lymphocyte ปกติ ผิดปกติ ระบุ

Monocyte ปกติ ผิดปกติ ระบุ

Platelets ปกติ ผิดปกติ ระบุ

๓.ผลการตรวจโรคไวรัสตับอักเสบบี HBsAg ปกติ ผิดปกติ ระบุ

๔. ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

Chest X-rays ปกติ ผิดปกติ ระบุ

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย/นาง/นางสาว นามสกุล

มีสุขภาพ ปกติ ผิดปกติ ระบุ

และภาวะสุขภาพ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ระบุ

(ลงชื่อ)

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

ประทับตราสถานบริการ

(โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน)