



ประกาศราชวิทยาลัยจุฬารัง

เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์
การเคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ TCAS รอบที่ ๑ การรับด้วย
Portfolio (โครงการเพชรจุฬารัง) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘

.....
ตามที่ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ราชวิทยาลัยจุฬารัง ได้เปิดรับสมัครบุคคลเข้าศึกษา
หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ TCAS รอบที่ ๑ การรับด้วย
Portfolio (โครงการเพชรจุฬารัง) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ ระหว่างวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๗ ถึง วันที่ ๖
มกราคม ๒๕๖๘ นั้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติราชวิทยาลัยจุฬารัง พ.ศ.๒๕๕๙ และที่
แก้ไขเพิ่มเติม ประกอบคำสั่งราชวิทยาลัยจุฬารัง ที่ พิเศษ ๔/๒๕๖๗ เรื่อง มอบอำนาจการดำเนินงานของราช
วิทยาลัยจุฬารัง ลงวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๗ จึงประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ หลักสูตรวิทยา
ศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ TCAS
รอบที่ ๑ การรับด้วย Portfolio (โครงการเพชรจุฬารัง) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ จำนวน ๒๓ คน โดยมีราย
ละเอียดปรากฏดังเอกสารแนบท้าย

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน)

รักษาการรองเลขาธิการราชวิทยาลัยจุฬารัง
ปฏิบัติหน้าที่แทนเลขาธิการราชวิทยาลัยจุฬารัง

รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาศาสตรการเคลื่อนไหวและสุขภาพ
คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
รอบที่ ๑ การรับด้วย Portfolio (โครงการเพชรจุฬาภรณ์) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘
กำหนดวันสอบสัมภาษณ์วันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๘

ลำดับที่	คำนำหน้า	ชื่อ	นามสกุล	เวลาที่เข้าสัมภาษณ์
๑	นางสาว	กนกอร	เด่นกระจำง	๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น.
๒	นางสาว	จารุกัญญ์	โพธิราช	
๓	นาย	ฐนกรษ์	สิงห์ศักดิ์ดวงค์	
๔	นางสาว	ณัฐกานต์	ทรัพย์พัฒนา	
๕	นาย	ธนดล	จิ้นใหม่	๑๐.๐๐ - ๑๑.๐๐ น.
๖	นางสาว	ธมลวรรณ	โชตินิธิธำรง	
๗	นางสาว	เบญญาภา	จินดาพลอย	
๘	นางสาว	ปทุมรัตน์	จงพิตะ	
๙	นางสาว	ปนัดดา	เหล่าบง	๑๑.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.
๑๐	นาย	ปิยวัฒน์	บุตรเนียร	
๑๑	นางสาว	ปิยะณัฐ	บุญเทิน	
๑๒	นางสาว	ปิยาพัชร	วิเชียร	
๑๓	นางสาว	พฤกษา	ศรีปีติวิทยานันท์	๑๓.๐๐ - ๑๔.๐๐ น.
๑๔	นางสาว	พัฒน์นิดา	หมายเจริญ	
๑๕	นางสาว	ภริตพร	แจ่มแจ็ง	
๑๖	นางสาว	ภรณ์ทิรา	สินประเสริฐ	
๑๗	นางสาว	เมธาวิ	สุขเกษม	๑๔.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.
๑๘	นางสาว	รัชชนา	แดงฤทธิ	
๑๙	นางสาว	รุ่งนภา	ทองนอก	
๒๐	นางสาว	วิษุมนตร์	จิราพิทยวัฒน์	
๒๑	นางสาว	สุพนิดา	ถาวรศิลป์ชัย	๑๕.๐๐ - ๑๕.๔๕ น.
๒๒	นางสาว	หทัยชนก	นามโบราณ	
๒๓	นางสาว	อชิชา	ณเดียงค์	

หมายเหตุ : รายชื่อเรียงลำดับตามตัวอักษรพยูชนะไทย

สำหรับผู้สมัครที่มีสิทธิ์เข้ารับการสอบสัมภาษณ์ ขอให้ปฏิบัติ ดังนี้

๑. ตรวจสอบลำดับของผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์โดยมีรายละเอียดตามตารางรายชื่อด้านบน

๒. ผู้สมัครต้องตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนเท่านั้น ตามรายการในแบบฟอร์ม (เอกสารแนบท้ายประกาศ ๒) หรือสามารถใช้ผลตรวจที่ตรวจไว้ไม่เกิน ๖ เดือนได้ และไม่จำเป็นต้องเป็นแบบฟอร์มตามเอกสารแนบ แต่ต้องมีรายละเอียดตามแบบฟอร์มให้ครบถ้วน และส่งแบบรายงานผลการตรวจร่างกายมาที่ E-mail : humankinetics@cra.ac.th ภายในวันศุกร์ที่ ๑๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เวลา ๑๖.๐๐ น. หากไม่ส่งแบบรายงานผลการตรวจร่างกายภายในวันและเวลาที่กำหนดถือว่าผู้สมัครสละสิทธิ์ในการเข้ารับการสอบสัมภาษณ์

๓. สถานที่สอบสัมภาษณ์ : ณ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ อาคารสำนักงานราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ โซน A สามารถนั่งรถได้ที่ ห้อง Co-working space ชั้น ๑ โดยเมื่อถึงเวลาการสอบสัมภาษณ์จะมีเจ้าหน้าที่เรียกชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ตามลำดับ (ที่อยู่ : ๙๐๖ ถนนกำแพงเพชร ๖ แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐)

๔. ขอให้ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ทุกท่าน วางแผนการเดินทางเพื่อเข้าสอบสัมภาษณ์ และมาถึงก่อนเวลาอย่างน้อย ๓๐ นาที

๕. เอกสารที่ต้องนำมา : แบบรายงานผลการตรวจร่างกาย, แฟ้มสะสมผลงานและจดหมายแนะนำตัวเอง

๖. การแต่งกายเพื่อเข้าสอบสัมภาษณ์ ขอให้แต่งกายด้วยชุดสุภาพเรียบร้อย

๗. ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ที่ไม่เข้ารับการสอบสัมภาษณ์ในวันและเวลาดังกล่าว ถือเป็นการสละสิทธิ์

รายงานผลการตรวจร่างกาย
 โรงเรียนวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ
 คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
 เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาบุคคลเข้าศึกษาต่อหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต
 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ

ชื่อ - นามสกุล (นาย/นางสาว).....วัน/เดือน/ปีเกิด.....

โรงเรียน.....

ได้รับการตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ.....

สำหรับแพทย์กรอกเท่านั้น

แพทย์ผู้ตรวจ นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรเลขที่.....

โรงพยาบาล.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

๑. การตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ค่า BMI.....หมู่โลหิต.....

ความดันโลหิต...../.....มิลลิเมตรปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที การหายใจ.....ครั้ง/นาที

๒. การตรวจเลือด

๒.๑ Fasting Blood Sugar () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๒.๒ BUN () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๒.๓ Creatinine () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๒.๔ CBC () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๓. การเอ็กซเรย์ปอด

Chest x-rays : PA () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๔. การตรวจตา

ตาบอดสี () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

Visual acuity measurement () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๕. การตรวจปัสสาวะ

Urinary analysis () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๖. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ตรวจ...../...../.....

หมายเหตุ โปรดประทับตราบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ