



ประกาศ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ
เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์
การเคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ TCAS รอบที่ ๔ การรับแบบ
Direct Admission (รับตรงอิสระ) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ (เพิ่มเติม)

.....

ตามที่ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ได้เปิดรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ TCAS รอบที่ ๔ การรับแบบ Direct Admission (รับตรงอิสระ) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ ระหว่างวันที่ ๒๗ - ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๗ นั้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๒ แห่งประกาศวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ เรื่อง โครงสร้างการบริหารงานคณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ลงวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๓ บัดนี้ โรงเรียนวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้ประมวลผลผู้ผ่านการพิจารณาเพื่อเข้าสอบสัมภาษณ์เสร็จสิ้นแล้วจึงขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ (เพิ่มเติม) จำนวน ๑ คน รายละเอียดปรากฏตามเอกสารแนบท้าย

ประกาศ ณ วันที่ ๗ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิรพร เหล่าธรรมทัศน์)
คณบดีคณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ
คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ
TCAS รอบที่ ๔ การรับแบบ Direct Admission (รับตรงอิสระ) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ (เพิ่มเติม)

วันอังคาร ที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๖๗

คำนำหน้า	ชื่อ	นามสกุล	เวลาที่เข้าสัมภาษณ์
นาย	อำนาจ	แก่นจันทร์	๐๙.๐๐ - ๐๙.๓๐ น.

หมายเหตุ : ประกาศรายชื่อเรียงลำดับตามตัวอักษรพยัญชนะไทย

สำหรับผู้สมัครที่มีสิทธิ์เข้ารับการสอบสัมภาษณ์ ขอให้ปฏิบัติ ดังนี้

๑. ตรวจสอบรายชื่อของผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์โดยมีรายละเอียดตามตารางรายชื่อด้านบน
๒. ผู้สมัครต้องตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาล ที่สามารถเดินทางไปได้สะดวกและส่งผลตรวจพร้อมใบรับรองแพทย์มาที่ E-mail : humankinetics@cra.ac.th ภายในวันจันทร์ที่ ๑๐ มิถุนายนพ.ศ. ๒๕๖๗ เวลา ๑๖.๐๐ น. หากไม่ส่งผลการตรวจร่างกายภายในวันและเวลาที่กำหนดถือว่าผู้สมัครสละสิทธิ์ในการเข้ารับการสอบสัมภาษณ์ (รายการตรวจตามเอกสารแนบท้ายประกาศ ๒)
๓. ผู้สมัครต้องเดินทางมาสอบสัมภาษณ์ในวันอังคารที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๖๗ ณ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ อาคารสำนักงานราชวิทยาลัยจุฬาภรณ โซน A สามารถนั่งรถได้ที่ ห้อง Co-working space ชั้น ๑ โดยเมื่อถึงเวลาการสอบสัมภาษณ์จะมีเจ้าหน้าที่เรียกชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ (ที่อยู่: ๙๐๖ ถนนกำแพงเพชร ๖ แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐)
๔. ขอให้ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ วางแผนการเดินทางเพื่อเข้าสอบสัมภาษณ์ และมาถึงก่อนเวลาอย่างน้อย ๓๐ นาที
๕. เอกสารที่ต้องนำมา : แฟ้มสะสมผลงาน, จดหมายแนะนำตัวเองและผลการตรวจร่างกาย
๖. การแต่งกายเพื่อเข้าสอบสัมภาษณ์ ขอให้แต่งกายด้วยชุดสุภาพเรียบร้อย
๗. ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ที่ไม่เข้ารับการสอบสัมภาษณ์ในวันและเวลาดังกล่าว ถือเป็นการสละสิทธิ์

รายงานผลการตรวจร่างกาย
โรงเรียนวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาบุคคลเข้าศึกษาต่อหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต
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. การเอกซเรย์ปอด

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