



ประกาศ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

**เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์
การเคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ TCAS รอบที่ ๒ การรับแบบ
Quota (โครงการผู้ที่สนใจทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘**

.....
ตามที่ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้เปิดรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ TCAS รอบที่ ๒ การรับแบบ Quota (โครงการผู้ที่สนใจทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ ระหว่างวันที่ ๑ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๘ นั้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๒ แห่งประกาศวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณเรื่องโครงสร้างการบริหารงานคณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ลงวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๓ และคำสั่งราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ที่ ๑๐/๒๕๖๘ เรื่อง แต่งตั้งผู้รักษาการในตำแหน่งคณบดีคณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ลงวันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๘ ประกอบมติที่ประชุมสภาราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๘ บัดนี้ โรงเรียนวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้ประมวลผลผู้ผ่านการพิจารณาเพื่อเข้าสอบสัมภาษณ์เสร็จสิ้นแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ TCAS รอบที่ ๒ การรับแบบ Quota (โครงการผู้ที่สนใจทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ จำนวน ๔ คน โดยมีรายละเอียดปรากฏดังเอกสารแนบท้าย

ประกาศ ณ วันที่ ๑๘ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิรพร เหล่าธรรมทัศน์)
รักษาการคณบดีคณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

**รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
รอบที่ ๒ การรับแบบ Quota (โครงการผู้ที่สนใจทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘
กำหนดวันสอบสัมภาษณ์วันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๘**

ลำดับที่	คำนำหน้า	ชื่อ	นามสกุล	เวลาที่เข้าสัมภาษณ์
๑	นางสาว	กานต์ชนก	พุดเพ่ง	๑๓.๐๐ - ๑๔.๐๐ น.
๒	นางสาว	จินต์ศุจี	ฉินศิริเศรษฐ์	
๓	นางสาว	รัชนิกร	ดวงสุวรรณ	
๔	นางสาว	สุนนรัตน์	ชังเรือง	

หมายเหตุ : รายชื่อเรียงลำดับตามตัวอักษรพยัญชนะไทย

สำหรับผู้สมัครที่มีสิทธิ์เข้ารับการสอบสัมภาษณ์ ขอให้ปฏิบัติ ดังนี้

๑. ตรวจสอบลำดับของผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์โดยมีรายละเอียดตามตารางรายชื่อด้านบน
๒. ผู้สมัครต้องตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนเท่านั้น ตามรายการในแบบฟอร์ม (เอกสารแนบท้ายประกาศ ๒) หรือสามารถใช้ผลตรวจที่ตรวจไว้ไม่เกิน ๖ เดือนได้ และไม่จำเป็นต้องเป็นแบบฟอร์มตามเอกสารแนบ แต่ต้องมีรายละเอียดตามแบบฟอร์มให้ครบถ้วน และส่งแบบรายงานผลการตรวจร่างกายมาที่ E-mail : humankinetics@cra.ac.th ภายในวันอังคารที่ ๒๒ เมษายน 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
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