



ประกาศ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ
เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ เข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชาฉุกเฉินการแพทย์ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ
รอบที่ ๒ การรับแบบ Quota (โครงการปณิธานจุฬารักษ์) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘

.....

ตามที่ โรงเรียนนักฉุกเฉินการแพทย์ ได้ดำเนินการเปิดรับสมัครเพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาฉุกเฉินการแพทย์ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ รอบที่ ๒ การรับแบบ Quota (โครงการปณิธานจุฬารักษ์) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ โดยได้สิ้นสุดการรับสมัครดังกล่าวเมื่อวันที่ ๘ เมษายน ๒๕๖๘ บัดนี้ โรงเรียนนักฉุกเฉินการแพทย์ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้ดำเนินการตรวจสอบเอกสารและหลักฐาน รวมทั้งผลคะแนนที่กำหนดตามประกาศรับสมัครเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๒ แห่งประกาศวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬารักษ์ เรื่อง โครงสร้างการบริหารงานคณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ลงวันที่ ๒๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓ และคำสั่งราชวิทยาลัยจุฬารักษ์ ที่ ๑๐/๒๕๖๘ เรื่อง แต่งตั้งผู้รักษาการในตำแหน่งคณบดีคณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ลงวันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๘ ประกอบมติที่ประชุมสภाराชวิทยาลัยจุฬารักษ์ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๘ จึงประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ เข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาฉุกเฉินการแพทย์ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ รอบที่ ๒ การรับแบบ Quota (โครงการปณิธานจุฬารักษ์) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ จำนวน ๔ คน รายละเอียดปรากฏตามเอกสารแนบท้ายประกาศ

ทั้งนี้ ให้ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์เข้ารับการสอบสัมภาษณ์ ในวันศุกร์ที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๘ ตั้งแต่เวลา ๑๓.๐๐ เป็นต้นไป ณ อาคารสำนักงาน ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิรพร เหล่าธรรมทัศน์)
รักษาการคณบดีคณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

รายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ เข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาฉุกเฉินการแพทย์
คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ รอบที่ ๒ การรับแบบ Quota (โครงการปณิธานจุฬารักษ์)
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘

ลำดับที่	เลขที่ใบสมัคร	คำนำหน้า	ชื่อ	นามสกุล
๑	๖๘๑๓๐๑๐๑๒๗๒	นางสาว	ภริตพร	แจ่มแจ้ง
๒	๖๘๑๓๐๑๐๑๓๓๑	นางสาว	ศศิธรประภา	กลุ่มงาม
๓	๖๘๑๓๐๑๐๑๓๖๓	นางสาว	ภัทรพร	แก้วพรมมา
๔	๖๘๑๓๐๑๐๑๓๖๖	นาย	สิริวิษญ์	ณ นครพนม

สำหรับผู้สมัครที่มีสิทธิ์เข้ารับการสอบสัมภาษณ์ให้ปฏิบัติ ดังนี้

- ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์เข้า Line : <https://line.me/ti/g/pnwpfMBjQG> เพื่อเข้ากลุ่มไลน์ ซึ่งจะใช้เป็นช่องทางการติดต่อเพื่อนัดหมายการสัมภาษณ์
- ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ต้องตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนเท่านั้น ตามรายการในแบบฟอร์มที่ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์กำหนด หรือสามารถใช้ผลการตรวจร่างกายที่ตรวจไว้ไม่เกิน ๖ เดือนได้ โดยอาจใช้แบบฟอร์มในรูปแบบอื่นนอกเหนือจากที่ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์กำหนดได้แต่ต้องมีรายละเอียดตามแบบฟอร์มให้ครบถ้วน และส่งแบบรายงานผลการตรวจร่างกายมาที่ E-mail : paramedicine.con@cra.ac.th ภายในวันพฤหัสบดีที่ ๑๗ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘ เวลา ๑๖.๐๐ น. และนำแบบรายงานผลการตรวจร่างกายฉบับจริงมาในวันสอบสัมภาษณ์ หากไม่ส่งแบบรายงานผลการตรวจร่างกายภายในวันและเวลาที่กำหนดถือว่าผู้สมัครสละสิทธิ์ในการเข้ารับการสอบสัมภาษณ์

ทั้งนี้หากตรวจพบข้อมูลที่เป็นเท็จ จะถือว่าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครสอบครั้งนี้มาตั้งแต่ต้น และผลการตัดสินของคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาฉุกเฉินการแพทย์ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์ ถือว่าเป็นที่สิ้นสุด

ข้อปฏิบัติในวันสอบสัมภาษณ์
เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาฉุกเฉินการแพทย์
โรงเรียนนักฉุกเฉินการแพทย์ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ
รอบที่ ๒ การรับแบบ Quota (โครงการปณิธานจุฬารักษ์) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘

ส่งหลักฐานประกอบการสมัคร ณ จุดลงทะเบียนในวันสอบสัมภาษณ์

๑. แบบรายงานผลการตรวจร่างกายฉบับจริงหรือสามารถใช้ผลการตรวจร่างกายที่ตรวจไว้ไม่เกิน ๖ เดือนได้โดยอาจใช้แบบฟอร์มในรูปแบบอื่นนอกเหนือจากที่ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์กำหนดได้ แต่ต้องมีรายละเอียดการตรวจตามแบบฟอร์มให้ครบถ้วน โดยได้รับการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนที่มีความน่าเชื่อถือ

๒. บัตรประจำตัวประชาชนหรือใบอนุญาตขับขี่ฉบับจริง

๓. แฟ้มสะสมผลงาน (Portfolio) ฉบับจริง

รายงานผลการตรวจร่างกาย

โรงเรียนนักรู้จักเงินการแพทย์ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ
เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาฉุกเฉินการแพทย์

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

โรงเรียน.....

ได้รับการตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาล.....

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

สำหรับแพทย์กรอกเท่านั้น

แพทย์ผู้ตรวจ นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

โรงพยาบาล.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

๑. การตรวจร่างกายทั่วไป

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

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

๒. การตรวจเลือด

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

BUN () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

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

CBC () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๓. การเอกซเรย์ปอด

Chest x-ray: 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...../...../.....