



ด่วนที่สุด

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ โทรศัพท์ ๐-๒๕๕๐ ๑๙๒๖

ที่ สร ๑๑๐๓/ ๕๕๒๘

วันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ประกาศสถาบันพระบรมราชชนก เรื่องการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตร

ผู้ช่วยพยาบาล และส่งข้อสอบการคัดเลือกเข้าศึกษาฯ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ได้รับมอบหมายในการผลิตผู้ช่วยพยาบาล ในโครงการผลิตผู้ช่วยพยาบาล เพื่อพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการสร้างสุขภาวะชุมชน ปีการศึกษา ๒๕๖๕ โดยกำหนดการสอบวัดความรู้ผู้สมัครเข้าศึกษาในหลักสูตรดังกล่าว ในวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๕ โดยสอบภาควิชาการ ในเวลา ๐๙.๐๐-๑๐.๐๐ น. และการสอบสัมภาษณ์ เวลา ๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น. นั้น

คณะพยาบาลศาสตร์ จึงขอส่งประกาศสถาบันพระบรมราชชนก เรื่องการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ในโครงการผลิตผู้ช่วยพยาบาล เพื่อพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการสร้างสุขภาวะชุมชน ปีการศึกษา ๒๕๖๕ พร้อมข้อสอบคัดเลือกภาควิชาการ และคู่มือการจัดสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาฯ ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ ทั้งนี้ท่านสามารถ download คู่มือการจัดสอบคัดเลือกฯ ได้ที่ <https://kuza.me/cSzl8> หรือตาม QR Code ที่แนบด้านล่าง

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

(นางกมลรัตน์ เทอร์เนอร์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก



<https://kuza.me/cSzl8>



ประกาศสถาบันพระบรมราชชนก
เรื่อง การรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
ในโครงการผลิตผู้ช่วยพยาบาลเพื่อพัฒนาอาสาศึกษาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในการสร้างสุขภาวะชุมชน สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ปีการศึกษา ๒๕๖๕

ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการเสริมสร้างศักยภาพความเข้มแข็งและต่อยอดองค์ความรู้ให้กับอาสาศึกษาสาธารณสุข และสถาบันพระบรมราชชนกมอบหมายคณะพยาบาลศาสตร์รับสมัคร และคัดเลือกอาสาศึกษาสาธารณสุขเข้าศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ในโครงการผลิตผู้ช่วยพยาบาลเพื่อพัฒนาอาสาศึกษาสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการสร้างสุขภาวะชุมชน จำนวน ๓,๐๐๐ คน ในปีการศึกษา ๒๕๖๕

อาศัยอำนาจตามตรา ๒๕ และมาตรา ๒๙ แห่งพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. ๒๕๖๒ อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนกจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ผู้มีสิทธิ์สมัครและคัดเลือก

ผู้มีสิทธิ์สมัครและคัดเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลในโครงการผลิตผู้ช่วยพยาบาลเพื่อพัฒนาอาสาศึกษาสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการสร้างสุขภาวะชุมชน เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์และผ่านการสรรหาจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตามรายชื่อที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพจะแจ้งให้สถาบันพระบรมราชชนกทราบ (ตามเอกสารแนบท้าย ภาคผนวก ๑)

ข้อ ๒ จำนวนการรับ

จำนวนการรับผู้เข้าศึกษาเป็นไปตามแผนการรับที่วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กำหนด (ตามเอกสารแนบท้าย ภาคผนวก ๒)

ข้อ ๓ ขั้นตอนการสมัคร

๑. ผู้มีสิทธิ์สมัครเข้ารับการคัดเลือกกรอกข้อมูลทางออนไลน์ ตั้งแต่วันที่ ๑-๖ มิถุนายน ๒๕๖๕ โดยสามารถกรอกข้อมูลของผู้สมัครได้ที่ เว็บไซต์ของ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (<http://pbri-nurse.pi.ac.th>) หัวข้อข่าวประชาสัมพันธ์การรับสมัครนักศึกษาหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล พร้อมทั้งส่งเอกสารหลักฐานประกอบการสมัครทางออนไลน์ให้ครบถ้วน

๒. ผู้สมัครตรวจสอบรายชื่อผู้สมัครทางมีสิทธิ์เข้ารับการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์ทางเว็บไซต์ของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (<http://pbri-nurse.pi.ac.th>) ภายในวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๕

ข้อ ๔ การสอบคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์

ให้ผู้สมัครทุกคนเข้ารับการสอบคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์ ดังนี้

๑. การสอบคัดเลือกภาควิชาการ ในวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๕ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น. ณ วิทยาลัยพยาบาลที่กำหนด วิชาที่สอบ มี ๔ หมวดวิชา ดังนี้ (๑) ภาษาอังกฤษ (๒) คณิตศาสตร์ (๓) วิทยาศาสตร์ (๔) สุขศึกษา และความรู้ทั่วไป

๒. การสอบสัมภาษณ์ ในวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. ณ วิทยาลัยพยาบาลที่กำหนด

ข้อ ๕ การประกาศผลผู้ผ่านการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์

คณะพยาบาลศาสตร์จะประกาศรายชื่อผู้สอบผ่านการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์ทางเว็บไซต์ของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก <http://pbri-nurse.pi.ac.th> และวิทยาลัยพยาบาลที่เป็นสนามสอบ ในวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

ข้อ ๖ การตรวจร่างกาย

ผู้สมัครที่ผ่านการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์ เข้ารับการตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนและต้องนำหลักฐานผลการตรวจร่างกาย มายื่นภายในวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๕ ณ วิทยาลัยพยาบาลที่กำหนด ดังนี้

๑. ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก X-ray

๒. ผลการตรวจปัสสาวะ UA

๓. ผลการตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ

๔. ผลการตรวจเลือด CBC

๕. ผลการตรวจโรคไวรัสตับอักเสบบี HBsAg

๖. เอกสารรายงานการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (แบบฟอร์ม ผช. ๐๐๒) แสดงความเห็นแพทย์ที่รับรองเกี่ยวกับโรคและความผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

ทั้งนี้ผู้สมัครที่ผ่านการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์ สามารถดาวน์โหลดเอกสาร รายงานการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (แบบฟอร์ม ผช. ๐๐๒ ตามเอกสารแนบท้ายภาคผนวก ๓) ได้ทางเว็บไซต์ <http://pbri-nurse.pi.ac.th>

ข้อ ๗ การประกาศผลผู้มีสิทธิเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

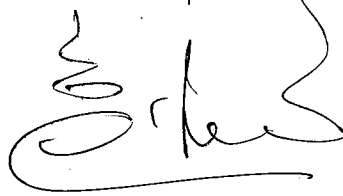
คณะพยาบาลศาสตร์ จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้าศึกษาฯ ในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ ทางเว็บไซต์ <http://pbri-nurse.pi.ac.th> และวิทยาลัยพยาบาลที่เป็นสนามสอบ

ข้อ ๘ ค่าลงทะเบียนเรียน

ผู้ที่เข้าศึกษาจะได้รับการพิจารณาสนับสนุนค่าลงทะเบียนเรียนตลอดหลักสูตร จากสถาบันพระบรมราชชนก

ข้อ ๙ ปฏิทินการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลในโครงการผลิตผู้ช่วยพยาบาลเพื่อพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการสร้างสุขภาวะชุมชน อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้สามารถติดตามรายละเอียดเพิ่มเติมทาง เว็บไซต์ <http://pbri-nurse.pi.ac.th>

ประกาศ ณ วันที่ ๖๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕



(ศาสตราจารย์พิเศษวิชัย เทียนถาวร)
อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก



รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

๑ ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อ(นาย,นาง,นางสาว) นามสกุล อายุ ปี
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. สถานที่เกิด จังหวัด

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

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 ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ

(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา)



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	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ	ระบุ
ลักษณะแขนและมือ	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ	ระบุ
ลักษณะขาและเท้า	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ	ระบุ
กระดูกและกล้ามเนื้อ	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ	ระบุ
การออกเสียงพูด	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ	ระบุ
ลักษณะในช่องปาก	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ	ระบุ
ลักษณะผิวหนัง	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ	ระบุ
โรคเรื้อรัง	☐ ไม่เป็น ☐ เป็น	ระบุ
การเคลื่อนไหวของร่างกาย	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ	ระบุ
ระบบประสาท	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ	ระบุ
โรคเท้าช้าง	☐ ไม่เป็น ☐ เป็น	ระบุ
โรคลมชัก	☐ ไม่เป็น ☐ เป็น	ระบุ
การมองเห็น (VA) กรุณาระบุการอ่านคำสายตา		
ตาขวา	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ	ระบุ
ตาซ้าย	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ	ระบุ
ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี)	☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา	ระบุ
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูขวา	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ	ระบุ
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูซ้าย	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ	ระบุ
การได้ยินหูขวา	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ	ระบุ
การได้ยินหูซ้าย	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ	ระบุ
(*กรณีมีความผิดปกติของการได้ยิน ให้ตรวจสอบเพิ่มเติมด้วยการตรวจวัดสมรรถภาพการได้ยิน หรือ Audiography)		
จมูก	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ	ระบุ
ต่อมไทรอยด์	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ	ระบุ
ต่อมน้ำเหลือง	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ	ระบุ
โรคจิต สุขภาพจิต	☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา	ระบุ
โรคคนเฝือก	☐ ไม่เป็น ☐ เป็น	ระบุ
การทำงานของหัวใจ	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ	ระบุ
ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ	ระบุ	



ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)

๑. Urine analysis (UA)

Albumin ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

Sugar ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

Sediments ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

สารเสพติด (มอร์ฟีน, 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. ผลการตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

๕. ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

Chest X-rays ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย,นาง,นางสาว นามสกุล

มีสุขภาพอยู่ในประเภท ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

และสุขภาพ ☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาลักษณะผู้ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาลักษณะผู้ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ระบุ

(ลงชื่อ)

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

ประทับตราสถานบริการ