



ราชวิทยาลัย  
จุฬารังษี

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬารังษี

### ประกาศ คณะพยาบาลศาสตร์

## เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖

.....

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬารังษี ราชวิทยาลัยจุฬารังษี ได้ประกาศรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ ซึ่งดำเนินการรับสมัครในระหว่างวันที่ ๓ - ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๕ นั้น

บัดนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้ดำเนินการพิจารณาตรวจสอบ และประเมินคุณสมบัติผู้สมัคร ตามหลักเกณฑ์วิธีการคัดเลือกเรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ จำนวน ๑ ราย และขอปฏิบัติในวันสอบสัมภาษณ์ ดังรายละเอียดตามเอกสารแนบท้ายประกาศ

ทั้งนี้ ขอให้ผู้ที่มิรายชื่อตามเอกสารแนบท้ายประกาศ เข้ารับการสอบสัมภาษณ์ ในวันศุกร์ที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ เวลา ๑๐.๐๐ – ๑๑.๐๐ น. ด้วยรูปแบบออนไลน์ และผู้เข้าสอบสัมภาษณ์ต้องดำเนินการส่งหลักฐานการสมัคร รายงานผลการตรวจร่างกาย หลักฐานการชำระเงินค่าสมัคร และแฟ้มสะสมผลงาน (Portfolio) เพื่อตรวจสอบและประกอบการสัมภาษณ์ในวันดังกล่าว

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ บุญทอง)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ  
รายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖

ลำดับที่	หมายเลขผู้สมัคร	คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล
๑.	๖๖๐๐๒๐๐๐๐๑	นางสาว	วินัส	จิตสกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์  
ข้อปฏิบัติในวันสอบสัมภาษณ์ เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต  
(หลักสูตรนานาชาติ) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖

**การสอบสัมภาษณ์**

คณะพยาบาลศาสตร์ ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผ่านระบบออนไลน์ Zoom, Microsoft Teams หรือ Application อื่นๆ ตามความเหมาะสม โดยสอบสัมภาษณ์ตามเวลาที่กำหนด ใช้เวลาในการสอบสัมภาษณ์ประมาณ ๒๐-๓๐ นาที โดยมีกรณีนัดหมายเวลาในการสอบสัมภาษณ์ผ่านทาง E-mail ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์

**การส่งเอกสารประกอบการสัมภาษณ์**

ทั้งนี้ ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ ต้องดำเนินการสแกนเอกสารหลักฐานประกอบการสอบสัมภาษณ์ (กรณีที่เป็นสำเนาให้ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ) ดังนี้

๑. ข้อมูลผู้เข้าสอบสัมภาษณ์ที่พิมพ์จากระบบรับสมัครออนไลน์
๒. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว ที่ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน โดยเป็นรูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก หรือแว่นตาทุกประเภท
๓. แบบรายงานผลการตรวจร่างกายของคณะพยาบาลศาสตร์ (Physical Examination Report) ที่ผ่านการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลเอกชนที่มีความน่าเชื่อถือ (ตามเอกสารแนบ)
๔. หลักฐานการชำระเงินค่าสมัครสอบ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สอบสัมภาษณ์ จำนวน ๑ ชุด
๖. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สอบสัมภาษณ์ และบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง ตามคำสั่งศาล จำนวน ๑ ชุด
๗. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ และ/หรือ นามสกุล (ถ้ามี) จำนวน ๑ ชุด
๘. สำเนาหลักฐานคุณวุฒิการศึกษา ใบระเบียนผลการเรียน (ปพ.๑) ที่แสดงผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPAX) ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๔ - ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖
๙. สำเนาผลคะแนนการทดสอบภาษาอังกฤษ
๑๐. แฟ้มสะสมผลงาน (Portfolio)

ส่งเอกสารสแกนทั้งหมดมาที่ E-Mail : priyaporn.dee@cra.ac.th ภายในวันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

ทั้งนี้ หากตรวจสอบพบว่าเป็นข้อมูลเท็จ จะถือว่าผู้สมัครเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครสอบครั้งนี้มาตั้งแต่ต้น และผลการตัดสินของคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ถือว่าเป็นที่สิ้นสุด

**หมายเหตุ :** หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณปรียาภรณ์ ดีเลี้ยง  
โทร. ๐๒-๕๗๖-๖๗๐๐ ต่อ ๘๒๒๙ E-Mail: priyaporn.dee@cra.ac.th



# Applicant's Physical Examination Report

BSN. (International Program)

Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science

Chulabhorn Royal Academy

Name ..... Middle name ..... Last name .....

Date of Birth (D/M/Y) ..... Age ..... Years

ID Number or Passport Number .....

Mobile Phone Number .....

E-mail .....

Date of physical exam .....

Name of Hospital.....

## For physician only

Name – Last name ..... Medical license number .....

Hospital .....

Address .....

Telephone Number .....

### 1. General examination

Weight (kg) ..... Height (cm) ..... BMI ..... Blood Group .....

Pulse ..... bmp, Respiratory rate ..... Breaths / min. Blood pressure ..... mmHg

### 2. Blood test

2.1 Fasting Blood Sugar ( ) Normal ( ) Abnormal .....

2.2 BUN ( ) Normal ( ) Abnormal .....

2.3 Creatinine ( ) Normal ( ) Abnormal .....

2.4 CBC ( ) Normal ( ) Abnormal .....

### 3. Chest x-ray

Chest X-ray : PA ( ) Normal ( ) Abnormal .....

### 4. Eye examination

Color blindness ( ) Normal ( ) Abnormal .....

### 5. Urine Examination

Urinalysis (UA) ( ) Normal ( ) Abnormal .....

### 6. Physician's Comments on Health History

.....  
.....

Signature .....

(.....)

Date ..... / ..... / .....

Note : Please stamp the hospital seal and physician license number on the medical certificate.