ประกาศ วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี

เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์รอบที่ ๑ (Portfolio) เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘

.....

ตามที่ วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ได้ประกาศรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) รอบที่ ๑ (Portfolio) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ ซึ่งดำเนินการรับสมัครในระหว่าง**วันที่ ๗ ตุลาคม – ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗** นั้น

อาศัยอำนาจตามความในประกาศราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ เรื่อง การบริหารงานคณะพยาบาลศาสตร์ หน่วยงานภารกิจเฉพาะของสำนักงานราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ลงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ประกอบความในข้อ ๖ แห่งประกาศวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์ เรื่อง โครงการสร้างการบริหารงานของคณะพยาบาลศาสตร์ ลงวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๐ และคำสั่งราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ที่ ๒๐๙๓/๒๕๖๕ เรื่อง แต่งตั้งคณบดีวิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ลงวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๕ จึงขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์เข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) รอบที่ ๑ (Portfolio) **จำนวน ๑๒ คน** ข้อปฏิบัติในวันสอบสัมภาษณ์ และกำหนดการสอบสัมภาษณ์ มีรายละเอียดตามเอกสารแนบท้ายประกาศ

ทั้งนี้ ให้ผู้ที่มีรายชื่อตามเอกสารแนบท้ายประกาศเข้ารับการสอบสัมภาษณ์ ณ วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารีราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่กรุงเทพมหานคร **ในวันเสาร์ที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ตั้งแต่เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๓.๐๐ น.** ผู้เข้าสอบสัมภาษณ์ต้องแสดงหลักฐานการสมัคร รายงานผลการตรวจร่างกาย แสดงผลตรวจโรคโควิด-๑๙ แบบแอนติเจน (Antigen Test Kit หรือ ATK) ที่ตรวจไว้ไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง หลักฐานการชำระเงินค่าสมัคร และแฟ้มสะสมผลงาน (Portfolio) เพื่อตรวจสอบและประกอบการสัมภาษณ์ในวันดังกล่าว

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนา บุญทอง)
คณบดีวิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี

เอกสารแนบท้ายประกาศ

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ รอบที่ ๑ (Portfolio)
เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ)
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘

ลำดับ	หมายเลขผู้สมัคร	คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล
๑	๖๘๑๓๐๑๐๐๐๑๘	นาย	ธรรมรัตน์	ไชยจันทร์
๒	๖๘๑๓๐๑๐๐๐๓๗	นางสาว	พรรณปพร	ลอมศรี
๓	๖๘๑๓๐๑๐๐๑๗๕	นางสาว	ฐาวีรดา	นีระมาศ
๔	๖๘๑๓๐๑๐๐๒๓๖	นางสาว	โสฐิดา	ร่ำเทียนทอง
๕	๖๘๑๓๐๑๐๐๓๒๕	นางสาว	กมลทิพย์	พันธ์ผาสุข
๖	๖๘๑๓๐๑๐๐๔๖๑	นางสาว	ณัชชา	จิวัธยากูล
๗	๖๘๑๓๐๑๐๐๕๓๒	นางสาว	มิถิลา	แก้วเจริญ
๘	๖๘๑๓๐๑๐๐๕๕๓	นาย	พงษ์ศิริ	จันทรกอง
๙	๖๘๑๓๐๑๐๐๕๕๖	นางสาว	ชลธิชา	แข็งแรง
๑๐	๖๘๑๓๐๑๐๐๕๕๘	นางสาว	สริญญา	อมรกุล
๑๑	๖๘๑๓๐๑๐๐๕๖๐	นางสาว	สิรินทรา	ชามลิงไร
๑๒	๖๘๑๓๐๑๐๐๕๖๓	นาย	วงศ์วริศ	ธนกิจจารุวัฒน์

หมายเหตุ : รายชื่อเรียงตามหมายเลขผู้สมัคร

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนา บุญทอง)
คณบดีวิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
ข้อปฏิบัติในวันสอบสัมภาษณ์ รอบที่ ๑ (Portfolio)
เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ)
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘

๑. ส่งหลักฐานประกอบการสมัคร ณ จุดลงทะเบียนในวันสอบสัมภาษณ์ เอกสารสำเนาให้ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ โดยจัดเรียงเอกสารตามลำดับ ดังนี้

๑.๑ ข้อมูลผู้เข้าสอบที่พิมพ์จากระบบรับสมัครออนไลน์ พร้อมติดรูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ที่ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน โดยเป็นรูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก หรือแว่นตาทุกประเภท พร้อมลงลายมือชื่อผู้สมัคร วัน เดือน ปี ที่สมัคร ในท้ายเอกสารด้วย
(เข้าสู่ระบบรับสมัครได้ที่ http://reg.cra.ac.th/cra_erp_edu/admission คลิก ข้อมูลผู้เข้าสอบ)

๑.๒ แบบรายงานผลการตรวจร่างกายของวิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ที่ผ่านการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลเอกชนที่มีความน่าเชื่อถือ (ตามเอกสารแนบ)

๑.๓ หลักฐานการชำระเงินค่าสมัคร

๑.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร และผู้ปกครอง

๑.๕ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร และผู้ปกครอง

๑.๖ สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ และ/หรือ นามสกุล เฉพาะผู้สมัครที่มี ชื่อ และ/หรือ นามสกุล ไม่ตรงกับสำเนาคุณวุฒิการศึกษา (ถ้ามี)

๑.๗ สำเนาหลักฐานคุณวุฒิการศึกษา ใบระเบียนผลการเรียน (ปพ.๑) ที่แสดงผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPAX) ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๔ - ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ ภาคการศึกษาที่ ๑

๑.๘ สำเนาผลคะแนนการทดสอบภาษาอังกฤษ

๑.๙ แฟ้มสะสมผลงาน (Portfolio)

๒. ผู้เข้าสอบสัมภาษณ์จะต้องแต่งกายชุดนักเรียน หรือชุดสุภาพ ไม่สวมรองเท้าแตะ และผู้เข้าสอบสัมภาษณ์หญิงไม่สวมกางเกง

๓. ผู้เข้าสอบสัมภาษณ์ ต้องแสดงผลตรวจโรคโควิด-๑๙ แบบแอนติเจน (Antigen Test Kit หรือ ATK) ที่ตรวจไว้ไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง

๔. ผู้เข้าสอบสัมภาษณ์ ต้องสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา และล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ก่อนเข้าภายในอาคารวิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี

๕. ผู้เข้าสอบสัมภาษณ์จะต้องทำแบบทดสอบภาษาอังกฤษ และแบบประเมินทางสุขภาพจิตก่อนเข้ารับการสอบสัมภาษณ์ ณ วันเข้ารับสัมภาษณ์ ทั้งนี้ผลการทดสอบจะใช้คะแนนเพื่อประกอบในการพิจารณาสอบสัมภาษณ์ด้วย จึงขอให้ผู้เข้าสอบสัมภาษณ์เตรียมตัวให้พร้อมในการทำแบบทดสอบ

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

กำหนดการสอบสัมภาษณ์

วันเสาร์ที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗

ณ วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี

ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

เวลา	รายการ
รอบเช้า	
๐๙.๐๐ น. – ๐๙.๓๐ น.	ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ ลำดับที่ ๑ – ๑๒ ลงทะเบียน ตรวจสอบเอกสาร พร้อมทำแบบทดสอบภาษาอังกฤษ และแบบประเมินทางสุขภาพจิต
๐๙.๓๐ น. – ๑๒.๐๐ น.	ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ ลำดับที่ ๑ – ๑๒ สอบสัมภาษณ์

หมายเหตุ - (1) แผนที่วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี

- (2) กลุ่ม LINE สำหรับผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์รอบ ๑

(1)

(2)

รายงานผลการตรวจร่างกาย

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ)

ชื่อ-นามสกุล (นาย / นางสาว).....วัน /เดือน /ปี เกิด.....

โรงเรียน.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

ได้รับการตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาล.....

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

สำหรับแพทย์กรอกเท่านั้น

แพทย์ผู้ตรวจ นายแพทย์/แพทย์หญิง.....ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

โรงพยาบาล.....ที่อยู่.....

โทร.....

๑. การตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก..... ส่วนสูง..... ค่าBMI..... หมู่โลหิต.....ความดันโลหิต...../..... ชีพจร..... การหายใจ.....

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. การเอ็กซเรย์ปอด

Chest X-rays : PA ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๔. การตรวจตา

ตาบอดสี ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๕. การตรวจปัสสาวะ

Urinary analysis (UA) ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๖. สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

.....

.....

ลงชื่อ .....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ตรวจ...../...../.....

หมายเหตุ โปรดประทับตราโรงพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ