



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖

ตามที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๖ ดำเนินการสอบคัดเลือก โดยการสอบข้อเขียน และ สอบสัมภาษณ์ เมื่อวันที่ ๙ กันยายน ๒๕๖๖ พร้อมทั้งวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ได้ประมวลผลผู้ผ่านการคัดเลือก ระหว่างวันที่ ๑๑ - ๑๓ กันยายน ๒๕๖๖ เสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว

บัดนี้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ ตามเอกสารที่แนบท้ายประกาศนี้ และขอให้ ผู้ที่มีรายชื่อผ่านการคัดเลือกดำเนินการตามปฏิทินการรับสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ดังเอกสารแนบ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อัศนี วันชัย)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ โครงการบุคคลทั่วไป

ที่	เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ-สกุล	หมายเหตุ
๑	๑๐๑	นางสาวกมลวรรณ อยู่เสด็จ	
๒	๑๐๓	นางสาวกุลวรงค์ เกตุวงศ์	
๓	๑๐๔	นางสาวเกษสุณี เป๊ะเอี่ยม	
๔	๑๐๕	นางสาวจรินทร์ ประดับ	
๕	๑๐๖	นางสาวจันจิรา อินพูน	
๖	๑๐๗	นางสาวจันทิมา เพชรนิล	
๗	๑๐๘	นางชนิดา เหล่ากาวิ	
๘	๑๑๐	นางสาวชลธิชา นิลมนี	
๙	๑๑๑	นางสาวญาณภา บังจันทร์	
๑๐	๑๑๓	นางสาวทัศนวรรณ บุญมี	
๑๑	๑๑๔	นางสาวทิพวรรณ หดย้อย	
๑๒	๑๑๘	นางสาวนพรัตน์ สุขารมย์	
๑๓	๑๑๙	นางสาวนพรัตน์ พิมพ์า	
๑๔	๑๒๑	นางสาวนิตยา เกิดแก้ว	
๑๕	๑๒๒	นางสาวนิลาวัลณ์ จันทะคุณ	
๑๖	๑๒๓	นายปฏิพันธ์ สงวนวงศ์	
๑๗	๑๒๕	นางสาวปณิตา วันเทียน	
๑๘	๑๒๗	นางประกายแก้ว มาขอ	
๑๙	๑๒๘	นางสาวปัทมา ราชเพี้ยแก้ว	
๒๐	๑๒๙	นางสาวพวงทิพย์ ทองพูล	
๒๑	๑๓๐	นางสาวพรทิพย์ นวลบุญ	
๒๒	๑๓๑	นางสาวพิมพ์ดา แก้วทองเกิด	
๒๓	๑๓๒	นางสาวพิมพ์ขวัญ แป้นสุขเย็น	
๒๔	๑๓๓	นางสาวภนิดา ครองผา	
๒๕	๑๓๔	นางสาวมณฑนา วงศ์รัตนพิบูลย์	
๒๖	๑๓๕	นายมนตรี พวงจันทร์	
๒๗	๑๓๖	นางสาวมิรัญญา กิ่งภาพ	
๒๘	๑๓๘	นางสาวระพีพรรณ อินพูน	
๒๙	๑๔๐	นางสาวลลิตราภัทร กิ่งเป็ง	

รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ โครงการบุคคลทั่วไป

ที่	เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ-สกุล	หมายเหตุ
๓๐	๑๔๑	นางสาววัชรีย์ บันดา	
๓๑	๑๔๒	นางวันทนีย์ แคมสีม่วง	
๓๒	๑๔๓	นางสาววินา อูระอิฐ	
๓๓	๑๔๔	นางสาวศิริ จันทะคุณ	
๓๔	๑๔๖	นางสกุณา จันทา	
๓๕	๑๔๘	นายสิริศักดิ์ ดวงจันทร์	
๓๖	๑๔๙	นางสาวสิทธาณี กองเมือง	
๓๗	๑๕๐	นางสาวสิรินดา จินประเพชร	
๓๘	๑๕๑	นางสาวสิริวิมล สมสา	
๓๙	๑๕๒	นางสาวสุจิตรา ตรีสุข	
๔๐	๑๕๓	นางสาวสุชาดา อินสองใจ	
๔๑	๑๕๔	นางสาวสุทามาศ แสงโทน	
๔๒	๑๕๕	นางสาวสุปราณี นันทแพทย์	
๔๓	๑๕๗	นางสาวสุพรรณษา สุรินนา	
๔๔	๑๕๘	นางสาวสุภาพร รอดภัย	
๔๕	๑๕๙	นางสาวสุวิพัชร เกษามูล	
๔๖	๑๖๑	นางสาวอนุชสร่า โชติรักษา	
๔๗	๑๖๒	นางสาวอภิญญา สุประชาติ	
๔๘	๑๖๓	นางสาวอมิตรา ดีป่อง	
๔๙	๑๖๔	นางสาวอรพรรณ สุโส	
๕๐	๑๖๕	นางสาวอริษา สุกจันทร์	
๕๑	๑๖๖	นางสาวอินทิรา อินจำปา	

รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ โครงการอสม. อสส./บุตรอสม. บุตรอสส.

ที่	เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ-สกุล	หมายเหตุ
๑	๒๐๑	นางสาวกัญญาณัฐ เข้าป้ง	
๒	๒๐๒	นางสาวนิตยา รัตนาคเน	
๓	๒๐๓	นางสาวปิยนุช ใจใส	
๔	๒๐๔	นายพีรวิชญ์ รอดสุขเจริญ	
๕	๒๐๕	นางสาวภัทรชราภรณ์ บุญยอด	



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
ปฏิทินการรับสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ปีการศึกษา ๒๕๖๖ (ปรับแก้ไข ๑๓ กันยายน ๒๕๖๖)
รอบรับที่ ๑

ลำดับ	กิจกรรม	วัน เดือน ปี/เวลา
๑	ประชาสัมพันธ์การรับสมัครทางเว็บไซต์วิทยาลัย www.bcnb.ac.th และ Facebook : https://www.facebook.com/bcnbc๒๕๖๒ เว็บรับสมัคร https://sites.google.com/bcnb.ac.th/pn๗	นับตั้งแต่บัดนี้ – ๔ สิงหาคม ๒๕๖๖
๒	สมัครด้วยตนเอง : ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช สมัคร online : ทางเว็บไซต์วิทยาลัย www.bcnb.ac.th	- นับตั้งแต่บัดนี้ – ๘ สิงหาคม ๒๕๖๖ - วันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖ – ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๖
๓	พิมพ์และส่งใบสมัคร พร้อมหลักฐานการสมัครด้วยตนเองที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช หรือ ส่งทางไปรษณีย์ (EMS) ส่ง..งานทะเบียน วัดและประเมินผล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐	- ยื่นด้วยตนเอง : ภายในวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๖ - ส่งทางไปรษณีย์ (EMS) : ภายในวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๖
๔	เฉพาะบุคคลทั่วไป : ชำระเงินที่ผ่าน Net bank โดยโอนชำระที่ชื่อบัญชี “เงินรายได้สถานศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช” ธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี ๖๓๒-๐-๖๒๒๖๗-๙ ค่าสมัคร ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน)	ตั้งแต่วันที่ ๒๔ กรกฎาคม ถึง ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๖ <u>ก่อนเวลา ๒๓.๓๐ น.</u>
๕	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้าสอบคัดเลือกเพื่อเข้าศึกษาโดยการสอบข้อเขียน และสอบสัมภาษณ์ ทางเว็บไซต์วิทยาลัย www.bcnb.ac.th และ Facebook : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	๑ กันยายน ๒๕๖๖
๖	สอบคัดเลือก โดยการสอบข้อเขียน	๙ กันยายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น. (เข้าห้องสอบเวลา ๐๘.๓๐ น.)
๗	สอบคัดเลือก โดยการสอบสัมภาษณ์	เวลา ๑๓.๐๐ น. เป็นต้นไป
๘	ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก ทางเว็บไซต์วิทยาลัย www.bcnb.ac.th และ Facebook : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	๑๔ กันยายน ๒๕๖๖
๙	ตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลของรัฐ หรือเอกชนที่สามารถตรวจได้ครบทุกรายการ <u>ตามแบบฟอร์มที่วิทยาลัยกำหนด</u>	๑๔-๑๘ กันยายน ๒๕๖๖
๑๐	ส่งเอกสารหลักฐานผลการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาล ฉบับจริง ซึ่งแพทย์ผู้ตรวจ ลงนามรับรองและประทับตราโรงพยาบาลของรัฐ หรือ โรงพยาบาลเอกชนที่สามารถตรวจได้ครบทุกรายการ ตามแบบฟอร์มที่วิทยาลัยกำหนด และแนบใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตัวจริง (ใบแลปตัวจริง ขอจากโรงพยาบาลที่ทำการตรวจร่างกาย) ยกเว้น film x-ray ได้แก่ ๑. CBC (การตรวจความสมบูรณ์เม็ดเลือด) ๒. Urine analysis (การตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ) ๓. Urine amphetamine (การตรวจคัดกรองสารเสพติดแอมเฟตามีน)	- ส่งที่วิทยาลัย อาคาร ๓ ชั้น ๑ งานทะเบียนฯ ๓๑๐๖ ในวันและเวลาราชการ ภายใน ๒๐ กันยายน ๒๕๖๖

ลำดับ	กิจกรรม	วัน เดือน ปี/เวลา
	ส่งไปรษณีย์ (EMS) จ่าหน้าซองถึง งานทะเบียนฯ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ๙๐/๖ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐ ส่งทาง online เว็บไซต์ https://sites.google.com/bcnb.ac.th/pn๗ (กรณีส่ง online นำฉบับจริงมาในวันรายงานตัว)	- ส่งทางไปรษณีย์ EMS ภายใน ๑๘ กันยายน ๒๕๖๖ ถือประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ - ส่งทาง online ภายใน ๒๐ กันยายน ๒๕๖๖ (ก่อน ๑๕.๐๐ น.)
๑๑	คณะกรรมการพิจารณาผลการตรวจร่างกาย	๑๘ - ๒๐ กันยายน ๒๕๖๖
๑๒	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ทางเว็บไซต์วิทยาลัย www.bcnb.ac.th Facebook page และเว็บไซต์รับสมัคร PN๗	๒๑ กันยายน ๒๕๖๖
๑๓	ชำระค่าลงทะเบียน (แรกเข้า) ที่ธนาคารหรือผ่าน Net bank โดยโอนชำระ ชื่อบัญชี “เงินรายได้สถานศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช” ธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี ๖๓๒-๐-๖๒๒๖๗-๙ (๒๐,๐๐๐ บาท) และแจ้งการชำระเงินที่ https://sites.google.com/bcnb.ac.th/pn๗	๒๑ - ๒๔ กันยายน ๒๕๖๖
๑๔	รายงานตัวและปฐมนิเทศเตรียมความพร้อมผู้เข้าศึกษา ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	๒๕ - ๒๗ กันยายน ๒๕๖๖
๑๕	เปิดภาคการศึกษา ปีการศึกษา ๒๕๖๖	๒ ตุลาคม ๒๕๖๖

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ งานทะเบียน วัดและประเมินผล โทร. ๐๕๕-๒๕๒-๕๔๖-๘ ต่อ ๓๑๐๖ (ในวันเวลาราชการเท่านั้น)



สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข

รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 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 _____

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล คือ _____ เมื่อ พ.ศ. _____
ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ _____

ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา _____ นามสกุล _____ อายุ _____ ปี

☐ ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ _____

☐ ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ _____

ชื่อมารดา _____ นามสกุล _____ อายุ _____ ปี

☐ ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ _____

☐ ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายงานผลการตรวจร่างกายเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังข้อมูลดังกล่าวเป็นเท็จ
หรือปกปิดข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนตามคุณสมบัติด้านสุขภาพที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนด
ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์ในการเข้าศึกษา

ลงชื่อ _____

(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา)

ลงชื่อ _____ ผู้รับรอง

(บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง)



ส่วนที่ ๒ แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์,แพทย์หญิง _____ นามสกุล _____
สถานที่ปฏิบัติงาน _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม _____ ได้ตรวจร่างกายของ _____ แล้ว
ได้ผลดังนี้ _____

ผลการตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก _____ กก. ส่วนสูง _____	ชม. 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) กรุณาระบุการอ่านค่าสายตา (ระดับการมองเห็นในตาข้างใดข้างหนึ่ง เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว)

ตาขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____
ตาซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____

ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี)

	☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา	
	☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา	ระบุ _____
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ
การได้ยินหูขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ
การได้ยินหูซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ

(*กรณีมีความผิดปกติของการได้ยิน ให้ตรวจสอบเพิ่มเติมด้วยการตรวจวัดสมรรถภาพการได้ยิน หรือ Audiography)

จมูก	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____
ต่อมไทรอยด์	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____
ต่อมน้ำเหลือง	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____
โรคจิต สุขภาพจิต	☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		
	☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา	ระบุ _____	
โรคคนเฟื่อง	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ _____
การทำงานของหัวใจ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____
ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ	ระบุ _____		



ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)

Urine analysis (UA)

Albumin ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ _____
 Sugar ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ _____
 Sediments ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ _____
 สารเสพติด (มอร์ฟิน, แอมเฟตามีน หรืออื่นๆ อย่างน้อย ๑ ประเภท)
☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ _____

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 _____

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

Chest X-rays ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ _____

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย,นาง,นางสาว _____ นามสกุล _____
 มีสุขภาพอยู่ในประเภท ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ _____

(ลงชื่อ) _____

(_____)

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาล
 ประทับตราสถานบริการ