



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช
เรื่อง การรับสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีแผนการผลิตบุคลากรผู้ช่วยพยาบาลตามหลักสูตร เพื่อมุ่งพัฒนาผู้เรียนให้มีศักยภาพ ในการช่วยเหลือดูแลบุคคลทั้งในสถานพยาบาล และในชุมชน จึงกำหนดให้มีการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้า ศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ รายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ หลักสูตรที่เปิดรับสมัครและคัดเลือก

ชื่อหลักสูตร หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

ชื่อคุณวุฒิ ภาษาอังกฤษฉบับเต็ม : Certificate Program for Practical Nursing

จำนวนหน่วยกิต : ๓๖ หน่วยกิต

ข้อ ๒ คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์สมัครเข้าศึกษา

๒.๑ คุณสมบัติผู้สมัครทั่วไป

๑. เป็นผู้มีสัญชาติไทย

๒. มีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๖ ปี บริบูรณ์

๓. มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.๖) หรือเทียบเท่า ตามหลักสูตรที่ กระทรวงศึกษาธิการ

๔. เป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของตนเอง ไม่น้อยกว่า ๑ ปี ติดต่อกัน หรือตามทะเบียน บ้านของบิดา มารดา

๕. ไม่เป็นภิกษุ สามเณรและนักบวช ตามคำสั่งมหาเถรสมาคมที่ ๑/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๔

๖. สุขภาพสมบูรณ์ ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ไม่ติดสารเสพติดให้โทษหรือโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือ มีความผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหรือการปฏิบัติงาน

๗. เป็นผู้ไม่เคยต้องโทษตามคำพิพากษาของศาล ให้ต้องจำคุก

๘. กรณีผู้สมัครเป็นชาย ต้องไม่เป็นผู้ถูกคัดเลือกเข้ารับราชการทหารในเดือน เมษายน ๒๕๖๙

๒.๒ คุณสมบัติผู้สมัครเพิ่มเติม (เฉพาะโครงการ ๙ หมอ)

ต้องอาศัยอยู่ในจังหวัดตามภูมิลำเนาทะเบียนบ้านของตนเอง หรือ บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง ที่ศาลมีคำสั่งแต่งตั้งไม่น้อยกว่า ๓ ปี ติดต่อกัน ตามจังหวัดที่ยื่นใบสมัคร ในหลักสูตรที่ประสงค์เข้าศึกษา และมี คุณสมบัติอื่นๆ ตามหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนด

ข้อ ๓ ระยะเวลาการศึกษา

๑. ระยะเวลาการศึกษา

ระยะเวลาในการศึกษาตลอดหลักสูตร ๑ ปี

๒. กำหนดเปิดภาคการศึกษา

เปิดภาคการศึกษา วันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๘

ข้อ ๔ สถานศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช

ข้อ ๕ ขั้นตอนการดำเนินการสมัครเข้าศึกษา

๑. ผู้สมัครสามารถดำเนินการดาวน์โหลดและพิมพ์ใบสมัครได้จากเว็บไซต์วิทยาลัย www.bcnb.ac.th นับตั้งแต่ วันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๘ - วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๘

๒. กรอกใบสมัครตามแบบฟอร์ม ดิรบุรุษถ่าย หน้าตรง ไม่สวมหมวกและแว่นตาดำ ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร ภาพถ่ายไม่เกิน ๖ เดือนนับถึงวันสมัคร (ไม่ถูกปรับแต่งรูปถ่ายทางอิเล็กทรอนิกส์) ลงลายมือชื่อในใบสมัครให้ครบถ้วน และแนบเอกสารประกอบการรับสมัคร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ดังนี้

หลักฐานการสมัคร

- | | |
|---|--------------|
| ๑. ใบสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล (ถ้ามี) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา/มารดา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๖. สำเนาใบระเบียนแสดงผลการเรียน (รป.๑ หรือ ปพ.๑) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๗. เอกสารและหลักฐานอื่น ๆ | |

๓. ผู้สมัครส่งเอกสารใบสมัครเข้าศึกษาและเอกสารประกอบการสมัครที่ห้องทะเบียน วัดและประเมินผล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช นับตั้งแต่บัดนี้ - วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๘ (เว้นวันหยุดราชการ) ภาคเช้า เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ภาคบ่าย เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. หรือสมัคร online ทางเว็บไซต์รับสมัครหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล <https://forms.gle/LQME๑ZgffaF๑bkGs๗>

๔. ผู้สมัครชำระค่าสมัคร จำนวน ๓๕๐ บาท ตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้ (ทางวิทยาลัยขอสงวนสิทธิ์ ไม่คืนเงินค่าสมัคร)

ข้อ ๖ ค่าธรรมเนียมการศึกษาตลอดหลักสูตร

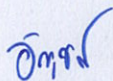
ค่าใช้จ่าย : ตลอดหลักสูตร ๔๕,๐๐๐ บาท (ยกเว้นผู้สมัครโครงการ ๙ หอม)

ผู้สมัครที่ได้รับคัดเลือกเข้าศึกษา ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ต้องชำระค่าใช้จ่ายตามที่สถาบันกำหนด ผู้สมัครต้องศึกษารายละเอียดในประกาศนี้ให้ครบถ้วนก่อนสมัคร เมื่อยืนยันสิทธิ์การเข้าศึกษา กับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช นับตั้งแต่การชำระเงินค่าลงทะเบียน ทางวิทยาลัยขอสงวนสิทธิ์ ไม่คืนเงินค่าลงทะเบียนเรียน

ข้อ ๗ ปฏิทินการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘

อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสมตามเอกสารแนบท้ายทั้งนี้สามารถติดตามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ เว็บไซต์วิทยาลัย www.bcnb.ac.th หรือ Facebook วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช งานทะเบียน วัดและประเมินผล โทร. ๐๕๕-๒๕๒-๕๔๖-๘ ต่อ ๓๑๐๖

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๘



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อัญชลี แก้วสระศรี)

รองผู้อำนวยการด้านบริหารและยุทธศาสตร์

รักษาราชการแทนผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
ปฏิทินการรับสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ปีการศึกษา 2568

ลำดับ	กิจกรรม	วัน เดือน ปี/ เวลา
1	ประชาสัมพันธ์การรับสมัครทางเว็บไซต์วิทยาลัย www.bcnb.ac.th และ Facebook : https://www.facebook.com/bcnbc2492 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	วันที่ 13 พฤษภาคม 2568 – 31 พฤษภาคม 2568
2	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้าสอบคัดเลือกเพื่อเข้าศึกษาโดยการสอบข้อเขียน และสอบสัมภาษณ์ ทางเว็บไซต์วิทยาลัย www.bcnb.ac.th และ Facebook : https://www.facebook.com/bcnbc2492 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	วันที่ 5 มิถุนายน 2568
3	ตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลของรัฐ หรือเอกชน ที่สามารถตรวจได้ครบทุกรายการ <u>ตามแบบฟอร์มที่วิทยาลัยกำหนด</u>	วันที่ 5 - 10 มิถุนายน 2568
4	ยื่นผลตรวจร่างกายและดำเนินการสอบคัดเลือก - สอบคัดเลือก โดยการสอบข้อเขียน - ส่งผลตรวจร่างกาย - สอบคัดเลือก โดยการสอบสัมภาษณ์	วันพุธที่ 11 มิถุนายน 2568 เวลา 09.00-11.00 น. (เข้าห้องสอบเวลา 08.30 น.) เวลา 11.00-12.00 น. เวลา 13.00 น. เป็นต้นไป
5	ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก ทางเว็บไซต์วิทยาลัย www.bcnb.ac.th และ Facebook : https://www.facebook.com/bcnbc2492 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	วันที่ 13 มิถุนายน 2568
6	ชำระค่าขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษาและค่าลงทะเบียนเรียนภาคเรียนที่ 1 จำนวน 20,000 บาท	วันที่ 14 - 20 มิถุนายน 2568
7	รายงานตัวและปฐมนิเทศเตรียมความพร้อมผู้เข้าศึกษา ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	วันที่ 1 - 3 กรกฎาคม 2568
8	เปิดภาคการศึกษา ปีการศึกษา 2568	4 กรกฎาคม 2568

การแต่งกายในวันสอบ แต่งกายด้วยชุดสุภาพ สวมกระโปรง หรือ การเกงขายาวสีดำ รองเท้าหุ้มส้น สีสุภาพ
ไม่อนุญาตให้สวมเสื้อยัด หรือการเกงยีนส์ หรือรองเท้าเปิดส้น
สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ งานทะเบียน วัดและประเมินผล โทร. 055-252-546-8 ต่อ 3106 (ในวันเวลาราชการเท่านั้น)



เลขที่ใบสมัคร.....

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช
ใบสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
ปีการศึกษา ๒๕๖๘ รุ่นที่ ๙

รูป ๑.๕ นิ้ว

☐ โครงการบุคคลทั่วไป ☐ โครงการ ๙ หมอ ระบุ.....

๑. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ.....ปี เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่าร้าง
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....อาชีพปัจจุบัน.....
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....
ชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน.....
ที่อยู่เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่.....ปี

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ (กรณีที่ติดต่อผู้สมัครเรียนไม่ได้)

ชื่อนาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
ความเกี่ยวข้อง.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

๒. ประวัติการศึกษาของผู้สมัคร

๑ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.๖) หรือเทียบเท่า ตามหลักสูตรกระทรวงศึกษาธิการรับรอง
จากโรงเรียน.....อำเภอ.....
จังหวัด.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เกรดเฉลี่ยสะสม.....

๒ การศึกษาสูงสุด.....
จากสถาบัน.....พ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา.....

ประวัติการศึกษา/อบรม ด้านการดูแลผู้ป่วย (กรณีที่มีประวัติระบุ).....

๓.คุณสมบัติผู้สมัครทั่วไป

๑. เป็นผู้มีสัญชาติไทย
๒. มีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๖ ปี บริบูรณ์
๓. มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.๖) หรือเทียบเท่า ตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการ
๔. เป็นผู้ที่มิถูกลำเนาตามทะเบียนบ้านของตนเอง ไม่น้อยกว่า ๑ ปี ติดต่อกัน หรือตามทะเบียนบ้านของบิดา มารดา
๕. ไม่เป็นภิกษุ สามเณรและนักบวช ตามคำสั่งมหาเถรสมาคมที่ ๑/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๔
๖. สุขภาพสมบูรณ์ ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ไม่ติดสารเสพติดให้โทษหรือโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือมีความผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนหรือการปฏิบัติงาน
๗. เป็นผู้ไม่เคยต้องโทษตามคำพิพากษาของศาล ให้ต้องจำคุก
๘. กรณีผู้สมัครเป็นชาย ต้องไม่เป็นผู้ถูกคัดเลือกเข้ารับราชการทหารในเดือน เมษายน ๒๕๖๙

๓.๑ คุณสมบัติผู้สมัครเพิ่มเติม (เฉพาะโครงการ ๙ หมอ)

๑. ต้องอาศัยอยู่ในจังหวัดตามภูมิลำเนาทะเบียนบ้านของตนเอง หรือ บิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่ศาลมีคำสั่ง แต่งตั้งไม่น้อยกว่า ๓ ปี ติดต่อกัน ตามจังหวัดที่ยื่นใบสมัคร ในหลักสูตรที่ประสงค์เข้าศึกษา และมีคุณสมบัติอื่นๆ ตามหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนด

๔. หลักฐานการสมัคร

- | | |
|--|--------------|
| ☐ ๑. ใบสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ๓. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล (ถ้ามี) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ๔. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ๕. สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา/มารดา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ๖. สำเนาใบระเบียนแสดงผลการเรียน (รป.๑ หรือ ปพ.๑) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ ๗. เอกสารและหลักฐานอื่น ๆ (โปรดระบุ) | |

หมายเหตุ สำเนาเอกสารต้องลงนามรับรองทุกฉบับ หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ ๐๕๕-๒๕๒-๕๔๖-๘ ต่อ ๓๑๐๖

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งนี้หากมีการตรวจสอบเอกสารและพบว่าข้าพเจ้า มีคุณสมบัติหรือให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง ให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติและข้าพเจ้าจะไม่ขอใช้สิทธิ์ เรียกร้องใด ๆ (ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบคัดเลือกเพื่อเข้าศึกษาโดยการสอบข้อเขียน และสอบสัมภาษณ์ ทางเว็บไซต์วิทยาลัย www.bcnb.ac.th และ Facebook : <https://www.facebook.com/bcnbc2562> วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ในวันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๖๘

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่/...../.....

ผู้รับสมัคร.....

(.....)

วันที่/...../.....

สมัครได้ผ่าน ๒ ช่องทาง

ช่องทางที่ ๑ กรอกใบสมัครและชำระเงิน ยื่นเอกสารผ่านแบบฟอร์ม แล้วส่งเอกสารวันจริงในวันสัมภาษณ์

กรอกฟอร์มการสมัคร



ใบแจ้งยอดชำระเงิน



ช่องทางที่ ๒ ยื่นใบสมัครด้วยตนเองได้ที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ห้องงานทะเบียน ณ อาคารเรียน ๓ ชั้น ๑ (เตรียมเอกสารมาให้ครบถ้วน)

ติดต่อสอบถาม @Line งานทะเบียน :@๓๔๓qhwlly

ส่วนนี้สำหรับผู้สมัครเรียน



ใบแจ้งยอดการชำระเงิน
ปีการศึกษา 2568
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
90/6 ถ.ศรีธรรมไตรปิฎก ต.ในเมือง อ.เมือง จ.พิษณุโลก 6500
โทร. 0-5525-2546

ชื่อ - สกุลนักศึกษา :

วันที่...../...../.....

Ref No.1(เลขบัตรประชาชน) :

Ref No.2 (หมายเลขโทรศัพท์) :

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน	
1	ค่าสมัคร	350	00
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		350	00

(ตัวอักษร) - สามร้อยห้าสิบบาทถ้วน -

กำหนดการชำระเงิน 13 พฤษภาคม 2568 - 31 พฤษภาคม 2568

ได้ชำระเงินตามจำนวนข้างต้นเรียบร้อยแล้ว

ผู้รับเงิน (ประทับตราธนาคาร)

วันที่...../...../.....

นำส่วนนี้ยื่นที่ห้องทะเบียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
ภายในวันที่ 13 พฤษภาคม 2568 - 31 พฤษภาคม 2568

ส่วนนี้สำหรับธนาคาร

เพื่อเข้าบัญชี “เงินรายได้สถานศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช” โทร. 0-5525-2546		ใบแจ้งการชำระเงินเพื่อนำเข้าบัญชี Payment of Applicant Account	
ธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 632-0-62267-9		วันที่...../...../..... ชื่อ - นามสกุล : Ref No.1(เลขบัตรประชาชน) : Ref No.2 (หมายเลขโทรศัพท์) :	
จำนวนเงิน	ตัวเลข	ตัวอักษร	
	350.00	- สามร้อยห้าสิบบาทถ้วน -	
	ค่าธรรมเนียม 15.00 - (สิบห้าบาทถ้วน)		
รวมเงินที่ต้องชำระทั้งสิ้น 350.00 บาท (สามร้อยห้าสิบบาทถ้วน)			
ผู้นำฝาก.....		โทรศัพท์.....	
		สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร ผู้รับเงิน..... (.....) ผู้รับมอบอำนาจ..... (.....)	