



ประกาศ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

เรื่อง ขยายเวลาการรับสมัครเข้ารับการอบรม

โครงการ การจัดการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ)

ประจำปีพุทธศักราช ๒๕๖๓

ตามที่คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ได้ประกาศรับสมัครผู้เข้ารับการศึกษานี้ในโครงการ การจัดการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ) โดยเปิดการรับสมัครระหว่างวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๓ ถึง วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิสอบสัมภาษณ์ ในวันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๓ และประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการอบรม ในวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓ นั้น

เพื่อเปิดโอกาสให้มีผู้สนใจสมัครเข้าศึกษามากขึ้น คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ จึงขยายเวลาการรับสมัครเข้ารับการจัดการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ) ดังนี้

๑. รับสมัคร : วันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ถึง วันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓
๒. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิสอบและสถานที่สอบ : วันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๓
๓. สอบสัมภาษณ์ : วันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๓  
(ความพร้อมและทัศนคติในการดูแล)
๓. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการอบรม : วันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๓
๔. ชำระเงินค่าลงทะเบียน : วันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๓  
อัตราค่าลงทะเบียนตลอดหลักสูตร ๒๕,๐๐๐ บาท
๕. เปิดการอบรมและปฐมนิเทศ : วันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๓  
ณ ห้อง ๖๕๐๖ ชั้น ๕  
อาคารคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์  
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ขจี พงศธรวิบูลย์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ข้อมูลการชำระเงินค่าสมัครสอบคัดเลือก

ผู้เข้ารับการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

๑. ค่าธรรมเนียมการสมัครสอบ ๓๐๐ บาท

โดยโอนเงินเข้า บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทยสาขาสี่แยกสะพานกรุงธน ชื่อบัญชี  
“หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ)” เลขที่บัญชี ๐๓๗-๐-๒๖๓๒๘-๖

สำนักงาน รหัสสาขา ๓๓๗  
Office

บัญชีเลขที่ 037-0-26328-6  
Account No.

สาขาสี่แยกสะพานกรุงธน

ชื่อบัญชี  
Account Name

หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
(การดูแลผู้สูงอายุ)

 **ธนาคารกรุงไทย**  
KRUNGTHAI BANK

  
ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนาม  
Authorized Signature

SA AA 0604199

๒. ที่อยู่ในการส่งใบสมัคร คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่ ๑๓๑/๕  
ถนนขาว แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๐๐ (วงเล็บมุมซอง ใบสมัครหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล)

๓. ในวันสอบสัมภาษณ์ ให้นำหลักฐานตัวจริงมาแสดงด้วย ดังนี้

- บัตรประจำตัวประชาชน
- ใบเสร็จชำระเงินค่าสมัคร
- เอกสารแสดงวุฒิการศึกษาตัวจริงและระเบียบแสดงผลการเรียน (ใบ ปพ.๑ จำนวน ๖ เทอม)  
มาแสดงในวันสอบสัมภาษณ์

- แฟ้มสะสมผลงาน (Portfolio) (ถ้ามี)
- ใบแสดงผลการตรวจสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน
- การสอบสัมภาษณ์ จะสอบสัมภาษณ์ผู้ที่มีผลการตรวจสุขภาพมาแล้วเท่านั้น



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิศารัตน์ ชูชาญ)

ประธานโครงการหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

(การดูแลผู้สูงอายุ)



ขนาดรูป  
๑ นิ้ว

ใบสมัครคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ)  
ประจำปีพุทธศักราช ๒๕๖๓

ข้อมูลผู้สมัคร

คำนำหน้า : นาย/นาง/นางสาว ชื่อ (ภาษาไทย) : ..... นามสกุล : .....  
Prefix name : ..... First name (ภาษาอังกฤษ) : ..... Last name : .....  
วัน/เดือน/ปีเกิด : ..... อายุ ..... ปี ..... เดือน ..... วัน ..... (ก.ก.) ส่วนสูง : ..... (ซ.ม.)  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน : ..... สัญชาติ : ..... เชื้อชาติ : .....  
ศาสนา : ..... กรุปเลือด : .....

ข้อมูลที่ติดต่อได้สะดวก

เลขที่ : ..... หมู่ที่ : ..... ซอย : ..... ถนน : .....  
จังหวัด : ..... เขต/อำเภอ : ..... แขวง/ตำบล : ..... รหัสไปรษณีย์ : .....  
โทรศัพท์บ้าน : ..... โทรศัพท์มือถือ : ..... E-mail : .....

ข้อมูลสถานศึกษา

ชื่อโรงเรียน : ..... รหัส : .....  
ตำบล : ..... อำเภอ : ..... จังหวัด : .....  
สถานภาพทางการศึกษา : ..... คะแนนเฉลี่ย : ..... ภาคการศึกษา : .....  
เลขที่ประจำตัวนักเรียน : ..... สาขาที่จบ : .....

ข้อมูลบิดามารดา

คำนำหน้า : นาย/นาง/นางสาว ชื่อบิดา : ..... นามสกุล : .....  
อาชีพ : ..... สถานะภาพ :  ยังมีชีวิตอยู่  ถึงแก่กรรม โทรศัพท์มือถือ : .....  
คำนำหน้า : นาย/นาง/นางสาว ชื่อมารดา : ..... นามสกุล : .....  
อาชีพ : ..... สถานะภาพ :  ยังมีชีวิตอยู่  ถึงแก่กรรม โทรศัพท์มือถือ : .....

ผู้ติดต่อกรณีฉุกเฉิน

บุคคลที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน :  บิดา  มารดา  อื่นๆ  
คำนำหน้า : นาย/นาง/นางสาว ชื่อ : ..... นามสกุล : .....  
โทรศัพท์บ้าน : ..... โทรศัพท์มือถือ : ..... เกี่ยวข้องเป็น : .....

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบการและวิธีการรับสมัครจนเป็นที่เข้าใจทั้งหมดแล้ว และขอรับรองว่า ข้อความและหลักฐานการสมัครเป็นความจริงทุกประการ “หากปรากฏว่าเป็นเท็จ” ข้าพเจ้ายินดีให้คณะกรรมการตัดสิทธิ์การสมัครเข้าเป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร  
( ..... )  
วันที่สมัคร .....

หมายเหตุ ๑. กรุณาพิมพ์/เขียนใบสมัครให้ชัดเจน

๒. ค่าธรรมเนียมการสมัครสอบ ๓๐๐ บาท โดยโอนเงินเข้า ธนาคารกรุงไทยสาขาสี่แยกสะพานกรุงธนบุรี ชื่อบัญชี “หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ)” เลขที่บัญชี ๐๓๗-๐-๒๖๓๒๘-๖

๓. ส่งใบสมัครแลหลักฐานการสมัคร คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่ ๑๓๑/๕ ถนนขาว แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๐๐ (วงเล็บมุมซอง ใบสมัครหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล) ภายในวันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓ (โดยยึดถือวันประทับตราของไปรษณีย์)

หากมีข้อสงสัย สอบถามได้ที่ โทร. ๐-๒๒๔๑-๖๕๐๐-๙ ต่อ ๓๕๐๒ ในวันและเวลาราชการและสามารถดูรายละเอียดได้ที่ <http://www.kcn.ac.th>

### หลักฐานการสมัคร

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาแสดงวุฒิการศึกษา และระเบียบแสดงผลการเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ (หรือเทียบเท่า) จำนวน ๑ ฉบับ หรือหนังสือรับรองว่ากำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ (ในกรณีที่กำลังศึกษาอยู่)
๔. รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ๑ รูป เขียนชื่อ-ชื่อสกุล ด้านหลังรูปให้เรียบร้อย
๕. สำเนาหลักฐานการจ่ายเงินค่าสมัคร ที่จ่ายผ่านเคาน์เตอร์บริการธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) จำนวน ๑ ฉบับ

### การส่งใบสมัครและเอกสารหลักฐานการสมัคร

ฝ่ายบริการทางการศึกษา (งานระเบียบ) คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่ ๑๓๑/๕ ถนนขาว แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๐๐ (วงเล็บมุมซอง ใบสมัครหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล) พร้อมสแกนไฟล์ส่งทางเมล [piyanuch.nia@gmail.com](mailto:piyanuch.nia@gmail.com)



ลำดับที่ประกาศผล .....

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช  
รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย  
ในการดำเนินการคัดเลือกผู้เข้าศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
(การดูแลผู้สูงอายุ) ปีการศึกษา ๒๕๖๓



(ประทับตราโรงพยาบาล)

ชื่อ - สกุล ..... เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง  
วัน/ เดือน/ ปีเกิด..... เลขที่ใบสมัคร..... เลขที่บัตรประชาชน.....  
โรงพยาบาลที่ตรวจ..... จังหวัด.....  
H.N. .... วัน/ เดือน/ ปี ที่ตรวจ.....

**ประวัติการเจ็บป่วย** (สำหรับผู้เข้ารับการสอบสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย)

๑. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค/ อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่ (ให้ระบุ พ.ศ. ที่เป็นและรักษาอย่างไร)

- | มี  | ไม่มี | อธิบายรายละเอียด     |
|-----|-------|----------------------|
| ( ) | ( )   | หัด.....             |
| ( ) | ( )   | วัณโรค.....          |
| ( ) | ( )   | ตับอักเสบ.....       |
| ( ) | ( )   | ลมชัก.....           |
| ( ) | ( )   | สุกใส.....           |
| ( ) | ( )   | หัวใจ.....           |
| ( ) | ( )   | เลือด.....           |
| ( ) | ( )   | เบาหวาน.....         |
| ( ) | ( )   | หอบหืด.....          |
| ( ) | ( )   | ไต.....              |
| ( ) | ( )   | โรคจิตและประสาท..... |
| ( ) | ( )   | อื่นๆ .....          |

ข้าพเจ้าขอรับว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่าจะถ้ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริง หรือมีการปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นผู้ศึกษา

ลงชื่อ.....ผู้เข้ารับการสอบสัมภาษณ์  
และตรวจร่างกาย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การตรวจร่างกาย

(สำหรับแพทย์)

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. อุณหภูมิ.....°ซ
ความดันโลหิต.....มม./ปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที หายใจ.....ครั้ง/นาที

อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับผลการตรวจร่างกายตามระบบ

ปกติ ผิดปกติ

- ( ) ( ) ระบบสายตา (สายตา, ตาเข, ตาเหล่).....
( ) ( ) ระบบหู คอ จมูก .....
(หูหนวก, หูน้ำหนวก, เป็นไป้, พูดไม่ชัด, พูดติดอ่าง)
( ) ( ) ระบบผิวหนัง (โรคเรื้อน).....
( ) ( ) ระบบทางเดินหายใจ.....
( ) ( ) ระบบหัวใจและหลอดเลือด.....
( ) ( ) ระบบทางเดินอาหาร.....
( ) ( ) ระบบประสาท.....
( ) ( ) ระบบกระดูกสันหลังและแขนขา .....

(กระดูกสันหลัง คด งอ ค่อม แอน ความพิการของนิ้วมือ นิ้วเท้า มือ เท้า แขน ขา)

ผลการตรวจร่างกายโดยนายแพทย์/ แพทย์หญิง.....
รับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม หมายเลขทะเบียน.....

การตรวจตา

(สำหรับแพทย์กรอก)

Table with 2 columns: V.A., RE, LE

ตรวจวัดสายตาด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ (Auto refact).....
ตรวจตาบอดสี การแปลผล ( ) ตาบอดสี..... ( ) ตาไม่บอดสี.....
ผลการตรวจร่างกายโดยนายแพทย์/ แพทย์หญิง.....
รับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม หมายเลขทะเบียน.....

การตรวจพิเศษ

(สำหรับแพทย์กรอก)

อธิบายรายละเอียดของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ปกติ ผิดปกติ

- ( ) ( ) CBC.....
( ) ( ) FBS.....
( ) ( ) UA.....
( ) ( ) HB s Ag.....
( ) ( ) Anti-HBs .....

ผลการตรวจพิเศษโดยนายแพทย์/ แพทย์หญิง.....
รับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม หมายเลขทะเบียน.....

หมายเหตุ ๑. ใบรายงานการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย
๒. ต้องมีลายเซ็นของแพทย์ผู้ตรวจครบทั้ง ๓ แห่ง พร้อมทั้งหมายเลขทะเบียนใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ
แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งสาขาเวชกรรม
๓. ผู้มีสิทธิสัมภษณ์และตรวจร่างกาย ต้องนำฟิล์มเอกซเรย์ปอด (Film Chest) หรือแผ่น CDและผลการเอ็กซเรย์ จาก
โรงพยาบาลรัฐหรือเอกชน ซึ่งมีที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้สะดวกมาให้กรรมการในวันสอบสัมภษณ์และตรวจร่างกาย

ลำดับที่ประกาศผล .....

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช  
รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย  
ในการดำเนินการคัดเลือกผู้เข้าศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
(การดูแลผู้สูงอายุ) ปีการศึกษา ๒๕๖๓

ติดรูปถ่าย  
ด้วยกา

(ประทับตราโรงพยาบาล)

ชื่อ - สกุล ..... เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง  
วัน-เดือน-ปีเกิด.....เลขที่ใบสมัคร.....เลขที่บัตรประชาชน.....  
โรงพยาบาลที่ตรวจ.....จังหวัด.....  
H.N. ....วัน / เดือน / ปี ที่ตรวจ.....

การตรวจทางรังสีวิทยา (เอ็กซเรย์)

(สำหรับแพทย์กรอก)

(กรุณานำฟิล์มเอ็กซเรย์ปอดขนาดใหญ่ (Film Chest) หรือ CD พร้อมผลอ่าน จากโรงพยาบาลของรัฐ หรือเอกชน ซึ่งมีที่อยู่  
และหมายเลขโทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้สะดวกมาให้กรรมการในวันสอบสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย)

รายงานผลการตรวจทางรังสีของทรวงอก (CHEST X-ray).....

การแปลผล ( ) ปกติ..... ( ) ไม่ปกติ.....

ผลการตรวจทางรังสีโดยนายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

รับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม หมายเลขทะเบียน.....

- หมายเหตุ
๑. ใบรายงานการตรวจสุขภาพ ฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่ายและต้องมีลายเซ็นของแพทย์ผู้ตรวจ
  ๒. ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปขอตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนที่สามารถทำการ x-ray ได้ ให้แล้วเสร็จก่อน  
วันสอบสัมภาษณ์
  ๓. นำใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ (ที่ประทับตราโรงพยาบาลแล้ว) ไปยื่นต่อกรรมการฯ ในวันสอบสัมภาษณ์