ประกาศ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์
เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิสอบสัมภาษณ์ เพื่อคัดเลือกเข้ารับศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ) รุ่นที่ ๑๘

ตามที่คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ ได้ดำเนินการจัดสอบข้อเขียน (แบบออนไลน์) เพื่อคัดเลือกเข้ารับการศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ) รุ่นที่ ๑๘ เมื่อวันที่ ๒๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ เรียบร้อยแล้วนั้น

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จึงประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิสอบสัมภาษณ์ ดังมีรายชื่อตามแนบท้าย

ข้อปฏิบัติสำหรับผู้มีสิทธิเข้ารับการสอบสัมภาษณ์ เพื่อเข้ารับการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ) รุ่นที่ ๑๘ ดังนี้

๑. ผู้มีสิทธิสอบสัมภาษณ์รายงานตัวโดยการสแกน QR-Code ตามแนบท้ายประกาศ ภายในวันศุกร์ที่ ๒๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เมื่อเข้ามาในกลุ่มไลน์แล้วให้ผู้มีสิทธิสอบเปลี่ยนชื่อไลน์ตนเอง เป็น ลำดับที่ ชื่อ-สกุลจริง (ตัวอย่างเช่น ๐๐๑ ใจดี มากเหลือ) เพื่อความสะดวกในการตรวจสอบรายชื่อ และเข้าทดสอบระบบการสอบสัมภาษณ์ (แบบออนไลน์) ในวันศุกร์ที่ ๒๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๕.๐๐ น.

๒. การสอบสัมภาษณ์ (แบบออนไลน์) ในวันจันทร์ที่ ๓๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยมีข้อปฏิบัติ ดังนี้

๒.๑ ผู้เข้าสอบสัมภาษณ์ต้องนำส่งผลการตรวจร่างกาย (ฉบับจริง) ภายในวันศุกร์ที่ ๒๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ สามารถส่งด้วยตนเองหรือส่งทางไปรษณีย์โดยยึดวันประทับตราของไปรษณีย์ รายละเอียดตามแบบฟอร์มการตรวจร่างกายที่แนบท้าย

๒.๒ รายงานตัวผ่านระบบออนไลน์ เวลา ๐๘.๐๐ – ๐๙.๐๐ น.

๒.๓ สอบสัมภาษณ์ผ่านระบบออนไลน์ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๖.๐๐ น. (คนละ ๑๐-๑๕ นาที)

๓. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการศึกษา ในวันพฤหัสบดีที่ ๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ทางเว็บไซต์ www.kcn.ac.th และเฟซบุ๊กของคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์

๔. ผู้มีสิทธิเข้ารับการศึกษา ชำระค่าธรรมเนียมการศึกษา จำนวน ๖๐,๐๐๐ บาท (หกหมื่นบาทถ้วน) กรณีชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาล่วงหน้ามาแล้ว จำนวน ๒,๗๐๐ บาท คงเหลือต้องชำระเพิ่ม จำนวน ๕๗,๓๐๐ บาท **บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทยสาขาสี่แยกสะพานกรุงธน ชื่อบัญชี "หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ)" เลขที่บัญชี ๐๓๗-๐-๒๖๓๒๘-๖** หรือสามารถแบ่งการชำระ เป็น ๒ งวด ดังนี้ งวดที่ ๑ ชำระจำนวน ๒๗,๓๐๐ บาท ภายในวันจันทร์ที่ ๒๙ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ และงวดที่ ๒ ชำระจำนวนเงิน ๓๐,๐๐๐ บาท ภายในวันศุกร์ที่ ๒๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ยืนยันการชำระค่าธรรมเนียม โดยส่งเอกสารหลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษา ทาง e-mail: kfn.rfasd@nmu.ac.th หรือ Line ID: ๐๙๑๘๙๑๕๓๐๘

๕. ผู้มีสิทธิ...

๕. ผู้มีสิทธิเข้ารับการศึกษา รายงานตัว ในวันจันทร์ที่ ๒๙ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๐๐ น. ณ ชั้น ๕ อาคารคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยนำหลักฐานตัวจริงมาแสดง ดังนี้

๕.๑ บัตรประจำตัวประชาชน

๕.๒ หลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษา

๕.๓ วุฒิการศึกษาตัวจริงและระเบียนแสดงผลการเรียน (ใบ ปพ.๑ จำนวน ๖ เทอม)

ทั้งนี้ ให้ผู้ที่มารายงานตัวเตรียมค่าใช้จ่ายสำหรับซื้อเครื่องหมายและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเตรียมความพร้อมด้านการแต่งกาย ประมาณ ๕๐๐ บาท

๖. ปฐมนิเทศและเปิดภาคเรียนที่ ๑ ในวันจันทร์ที่ ๒๙ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ณ ห้อง ๖๕๑๐ ชั้น ๕ อาคารคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

ฝ่ายส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ โทร ๐๒-๒๔๑๖๕๒๐ ต่อ ๓๑๐๓ หรือ ๐๙๑-๘๙๑-๕๓๐๘ ในเวลาราชการ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕

(รองศาสตราจารย์บุญทิวา สู่วิทย์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

รายชื่อผู้มีสิทธิสอบสัมภาษณ์เพื่อเข้ารับการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ) รุ่นที่ ๑๘ ประจำปีพุทธศักราช ๒๕๖๕

ลำดับที่	คำนำหน้า	ชื่อ-สกุล		หมายเหตุ
๑	นางสาว	ธฤดี	เผ่าหอม	Line สำหรับสื่อสารข้อมูลของหลักสูตร คู่มือการใช้โปรแกรม Zoom Meeting แบบฟอร์มการตรวจร่างกายหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล
๒	นางสาว	ชายิกา	กองเทพ	
๓	นางสาว	ณัฐธิกานต์	บุญมี	
๔	นางสาว	จิราภรณ์	เกตุกรรม	
๕	นางสาว	ศุภิสรา	กำลังเดช	
๖	นางสาว	สุดารัตน์	ศรีสิงห์	
๗	นางสาว	ศิริกุล	แซ่หงั่น	
๘	นางสาว	วรัญญา	สมชม	
๙	นางสาว	บัณฑิตา	ภักดีนอก	
๑๐	นางสาว	เพชรลดา	สิงห์วงษ์	
๑๑	นางสาว	สินีรัตน์	บุตรแสน	
๑๒	นางสาว	พรพิมล	รักษ์จันทร์	
๑๓	นางสาว	ฉันทพิชญาภรณ์	นามรัตน์	
๑๔	นางสาว	อรนันท์	ปาโม๊ะ	

ลำดับที่ประกาศผล .....

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย
ในการดำเนินการคัดเลือกผู้เข้าศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
(การดูแลผู้สูงอายุ) ปีการศึกษา ๒๕๖๕

ติดรูปถ่าย
ด้วยกาว

(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 และรับทราบว่าถ้ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริง 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, เป็นใบ้, พูดไม่ชัด, พูดติดอ่าง)
( ) ( ) ระบบผิวหนัง (โรคเรื้อน).....
( ) ( ) ระบบทางเดินหายใจ.....
( ) ( ) ระบบหัวใจและหลอดเลือด.....
( ) ( ) ระบบทางเดินอาหาร.....
( ) ( ) ระบบประสาท.....
( ) ( ) ระบบกระดูกสันหลังและแขนขา .....
(กระดูกสันหลัง คด งอ ค่อม แอ่น ความพิการของนิ้วมือ นิ้วเท้า มือ เท้า แขน ขา)

ผลการตรวจร่างกายโดยนายแพทย์/ แพทย์หญิง.....
รับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผน ปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม หมายเลขทะเบียน.....

การตรวจตา (สำหรับแพทย์กรอก)

V.A.	RE	
	LE	

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

การตรวจพิเศษ (สำหรับแพทย์กรอก)

อธิบายรายละเอียดของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ปกติ ผิดปกติ

( ) ( ) CBC.....
( ) ( ) FBS.....
( ) ( ) UA.....
( ) ( ) $HB_S Ag$.....
( ) ( ) Anti-HB_S .....

ผลการตรวจพิเศษโดยนายแพทย์/ แพทย์หญิง.....
รับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผน ปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม หมายเลขทะเบียน.....

หมายเหตุ ๑. ใบรายงานการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย
๒. ต้องมีลายเซ็นของแพทย์ผู้ตรวจครบทั้ง ๓ แห่ง พร้อมทั้งหมายเลขทะเบียนใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งสาขาเวชกรรม
๓. ผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ต้องนำฟิล์มเอ็กซเรย์ปอด (Film Chest) หรือแผ่น CDและผลการเอ็กซเรย์ จากโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชน ซึ่งมีที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้สะดวกมาให้กรรมการในวันสอบสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย

ลำดับที่ประกาศผล .....

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย
ในการดำเนินการคัดเลือกผู้เข้าศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
(การดูแลผู้สูงอายุ) ปีการศึกษา ๒๕๖๕

ติดรูปถ่าย
ด้วยกาว

(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 ซึ่งมีที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้สะดวกมาให้กรรมการในวันสอบสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย)

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

ผลการตรวจทางรังสีโดยนายแพทย์ / แพทย์หญิง.....
รับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผน ปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม หมายเลขทะเบียน.....

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

ฝ่ายบริการทางการศึกษา ปีการศึกษา ๒๕๖๕

การส่งเอกสารหลักฐานผลการตรวจร่างกาย

ฝ่ายบริการทางการศึกษา (งานระเบียน) คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
เลขที่ ๑๓๑/๕ ถนนขาว แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต จังหวัดกรุงเทพมหานคร ๑๐๓๐๐ (วงเล็บมุมซอง หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่น ๑๘)
พร้อมสแกนไฟล์ส่งทางเมล kfn.rfasd@nmu.ac.th หรือส่งไลน์ ID: ๐๙๑๘๙๑๕๓๐๘