



ประกาศสถาบันพระบรมราชชนก

เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ รอบที่ ๕ รับตรงอิสระ ปีการศึกษา ๒๕๖๕

ตามที่สถาบันพระบรมราชชนก ได้ดำเนินการเปิดรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรระดับปริญญาตรี สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา ๒๕๖๕ รอบที่ ๕ รับตรงอิสระ ระหว่างวันที่ ๒๔-๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๕ เสร็จสิ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว นั้น

สถาบันพระบรมราชชนก ขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ รอบที่ ๕ รับตรงอิสระ ปีการศึกษา ๒๕๖๕ ตามเอกสารที่แนบท้ายประกาศนี้ และขอให้ผู้ที่มีรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ ดำเนินการตามปฏิทินการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรระดับปริญญาตรี ของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา ๒๕๖๕ รอบที่ ๕ รับตรงอิสระ ดังเอกสารแนบ

ประกาศ ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(ศาสตราจารย์พิเศษวิชัย เทียนถาวร)

อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก

ปฏิทินการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรระดับปริญญาตรี ของสถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา ๒๕๖๕ รอบที่ ๕ รับตรงอิสระ

กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑. ประชาสัมพันธ์	มิถุนายน ๒๕๖๕	สถาบันพระบรมราชชนก
๒. สมัครผ่านระบบรับสมัครของสถาบันพระบรมราชชนก http://admission.pi.ac.th โดยผู้สมัครต้องไม่มีสถานะเป็นผู้ที่มีชื่อยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษา อยู่ในระบบ TCAS รอบที่ ๑-๔	วันที่ ๒๔-๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๕	ผู้สมัคร
๓. ชำระเงินค่าสมัคร	วันที่ ๒๔-๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๕	ผู้สมัคร
ตรวจสอบผู้ชำระเงินค่าสมัคร	วันที่ ๒๔-๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๕	สถาบันพระบรมราชชนก
สถาบันส่งรายชื่อผู้สมัครชำระเงินให้วิทยาลัย	วันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๕	สถาบันพระบรมราชชนก
ตรวจสอบคุณสมบัติผู้สมัครตามเกณฑ์ที่สถาบันกำหนด ประมวลผลการคัดเลือก และส่งรายชื่อผู้มีคุณสมบัติให้ สพข. เพื่อจัดทำประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์	วันที่ ๒๙-๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕	วิทยาลัย
๔. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์	วันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕	สถาบันพระบรมราชชนก
๕. ตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลเอกชนที่สามารถ ตรวจได้ครบทุกรายการตามแบบฟอร์มที่สถาบันกำหนด	วันที่ ๔-๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕	ผู้สมัคร
๖. - ส่งเอกสารหลักฐานต่าง ๆ และผลการตรวจร่างกาย - สัมภาษณ์	วันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕	ผู้สมัคร
๗. - สัมภาษณ์ - ตรวจเอกสารเพิ่มเติม และผลการตรวจร่างกาย	วันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕	วิทยาลัย
วิทยาลัยส่งรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาให้สถาบัน	วันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕	วิทยาลัย
๘. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา	วันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๕	สถาบันพระบรมราชชนก
๑๑. ชำระเงินค่าลงทะเบียน (แรกเข้า)	วันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕	ผู้สมัคร
๑๒. ประกาศรายชื่อนักศึกษาใหม่	วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕	สถาบันพระบรมราชชนก
๑๓. เปิดภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๕	วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕	วิทยาลัยและผู้สมัคร

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์
รอบที่ ๕ รับตรงอิสระ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕
สถานที่สัมภาษณ์ สถาบันพระบรมราชชนก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
โครงการบุคคลทั่วไป
จำนวน ๑๐ คน



ระบบรับสมัครนักศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก

รอบที่ ๕ รับตรงอิสระ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕

รายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์

สถานที่สัมภาษณ์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

โครงการบุคคลทั่วไป

ลำดับ ที่	ชื่อ-นามสกุล	สถานศึกษา	จังหวัด ตามทะเบียนบ้าน
๑	นางสาว ธนพร พิเชียรรุ่งสกุล	สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา	สงขลา
๒	นางสาว นีพรัส กาลิแซ	สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา	นราธิวาส
๓	นางสาว นาบีละห์ เจะนิ	สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา	ปัตตานี
๔	นางสาว ชามีมี สาและ	สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา	ยะลา
๕	นางสาว สุนิสา สิ้นไชย	สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา	กระบี่
๖	นางสาว อัสมา อาหลี	สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา	สงขลา
๗	นางสาว ฟีตฮียะห์ สาและ	สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา	ปัตตานี

(ศาสตราจารย์พิเศษวิชัย เทียนถาวร)

อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก

ลำดับ ที่	ชื่อ-นามสกุล	สถานศึกษา	จังหวัด ตามทะเบียนบ้าน
๘	นางสาว โขเพี้ย บาดา	สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	ยะลา
๙	นางสาว อูสนา สุกเส็ม	สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	สงขลา
๑๐	นางสาว รอยมีย์ เจ๊ะสนิ	สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	ปัตตานี



(ศาสตราจารย์พิเศษวิชัย เทียนถาวร)

อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก



ใบสมัครเข้าศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ปีการศึกษา 2565 รอบที่ 5 รับตรงอิสระ

ติดรูปถ่ายสี
ขนาด 1 นิ้ว
(รูปที่เก็บไว้ไม่
เกิน 6 เดือน)

เรียน อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก (ผ่านผู้อำนวยการวิทยาลัย)

ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

(ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Miss.....

ชื่อเดิม (ภาษาไทย).....นามสกุลเดิม.....(กรณีเคยเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล)

เลขประจำตัวประชาชน.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี

สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น.....

ส่วนสูง.....สภาพสมรส โสด สมรส หย่า

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

ที่อยู่ติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

E-mail address :.....LINE ID.....

กรณีที่ติดต่อท่านไม่ได้ บุคคลที่สามารถติดต่อได้รวดเร็วระหว่างการรับสมัครและคัดเลือก

1. ชื่อ.....นามสกุล.....ความสัมพันธ์.....

เบอร์โทรศัพท์.....

2. ชื่อ.....นามสกุล.....ความสัมพันธ์.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าได้สำเร็จชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ปีพุทธศักราช (พ.ศ.)

โรงเรียน.....

มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร (GPAX)

มีผลการทดสอบความถนัดทั่วไป (GAT รหัสวิชา 85)

มีผลการทดสอบความถนัดทางวิชาชีพวิทยาศาสตร์และวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ (PAT2 รหัสวิชา 72)

.....

เรียนหมวดวิชา/กลุ่มสาระการเรียนรู้ (หน่วยกิต ตลอดหลักสูตร) ดังนี้

กลุ่มสาระวิชาวิทยาศาสตร์ ไม่น้อยกว่า 22 หน่วยกิต

กลุ่มสาระวิชาคณิตศาสตร์ ไม่น้อยกว่า 12 หน่วยกิต

หมวดวิชาภาษาอังกฤษ ไม่น้อยกว่า 9 หน่วยกิต(วิชาภาษาอังกฤษเท่านั้น ไม่นับรวมภาษาต่างประเทศอื่น ๆ)

เป็นผู้มีสิทธิ์เข้าสัมภาษณ์

หลักสูตร.....

สถานศึกษา.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูล ข้อความทั้งหมดเป็นจริงทุกประการ หากพบว่าข้อมูลเป็นเท็จไม่ว่ากรณีใด ๆ

ข้าพเจ้ายินยอมให้ **ตัดสิทธิ์** ในการศึกษา และสามารถนำข้อมูลในใบสมัครนี้ไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาได้

- สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
 - สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
 - สำเนาระเบียนผลการเรียน (ปพ.1 หรือ รบ.1) ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (6 ภาคการศึกษา) จำนวน 1 ฉบับ
 - สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
 - หลักฐานอื่น.....
- **สำเนาหลักฐานทุกฉบับให้รับรองสำเนาถูกต้องด้วยและให้ถ่ายขนาด A4 เท่านั้น

ลงชื่อผู้สมัคร.....
(.....)
วันที่...../...../.....



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 _____

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล 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
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	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
ลักษณะแขนและมือ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
ลักษณะขาและเท้า	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
กระดูกและกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
การออกเสียงพูด	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
ลักษณะในช่องปาก	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
ลักษณะผิวหนัง	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
โรคเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น	<input type="checkbox"/> เป็น	ระบุ _____
การเคลื่อนไหวของร่างกาย	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
ระบบประสาท	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
โรคเท้าช้าง	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น	<input type="checkbox"/> เป็น	ระบุ _____
โรคลมชัก	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น	<input type="checkbox"/> เป็น	ระบุ _____
การมองเห็น (VA) กรุณาระบุการอ่านค่าสายตา			
ตาขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
ตาซ้าย	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี)	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		
	<input type="checkbox"/> เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ระบุ _____		
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูซ้าย	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
การได้ยินหูขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
การได้ยินหูซ้าย	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
(*กรณีมีความผิดปกติของการได้ยิน ให้ตรวจสอบเพิ่มเติมด้วยการตรวจวัดสมรรถภาพการได้ยิน หรือ Audiography)			
จมูก	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
ต่อมไทรอยด์	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
ต่อมน้ำเหลือง	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
โรคจิต สุขภาพจิต	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		
	<input type="checkbox"/> เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ระบุ _____		
โรคคนเฟื่อง	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น	<input type="checkbox"/> เป็น	ระบุ _____
การทำงานของหัวใจ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ	ระบุ _____		



ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)

Urine analysis (UA)

- Albumin ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____
- Sugar ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____
- Sediments ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____
- สารเสพติด (มอร์ฟีน, 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 _____
- Basophl 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) _____

(_____)

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาลของรัฐ
ประทับตราสถานบริการ