



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
เรื่อง การรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ (รอบที่ ๒)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข มีความประสงค์จะเปิดรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ (รอบที่ ๒) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๑. ประเภทแผนผลิต โครงการบุคคลทั่วไป

๒. ระเบียบการรับสมัครบุคคลที่เข้ารับการศึกษ

๒.๑ คุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการศึกษ

๒.๑.๑ คุณสมบัติทั่วไป

๑) มีสัญชาติไทย
๒) อายุไม่ต่ำกว่า ๑๖ ปีบริบูรณ์นับถึงวันเปิดการศึกษ
๓) มีสุขภาพร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ มีบุคลิกภาพที่เหมาะสม ไม่เป็นผู้ที่เสพสารเสพติด
ทุกชนิด ไม่เป็นผู้ที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ไม่มีความพิการหรือผิดปกติด้านร่างกาย
และจิตใจ อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการปฏิบัติงาน

๔) เป็นผู้มีความประพฤติดี ไม่เคยมีชื่อเสียงเสียหาย ไม่เคยถูกลงโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึง
ที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ

๕) กรณีผู้สมัครเป็นชายจะต้องไม่เป็นผู้ถูกคัดเลือกเข้ารับราชการทหารในเดือนเมษายน ๒๕๖๘

๖) ไม่เป็นภิกษุ สามเณร และนักบวช ตามคำสั่งมหาเถรสมาคม ที่ ๑/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน

พ.ศ. ๒๕๖๔

๒.๑.๒ คุณสมบัติด้านพื้นที่

๑) ผู้สมัครโครงการบุคคลทั่วไป เป็นบุคคลทั่วไปที่มีคุณสมบัติทั่วไปครบ ไม่จำกัดภูมิลำเนา
ของผู้สมัคร

๒.๑.๓ คุณสมบัติด้านการศึกษา

เป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ โดยได้ศึกษารายวิชาในหลักสูตรมัธยมศึกษาตอน
ปลายหรือเทียบเท่า (ม.๖ หรือ ปวช.) และครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษา
นอกโรงเรียน หรือเทียบเท่าตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง

๒.๒ เกณฑ์การคัดเลือกผู้สมัครเข้ารับการศึกษามีรายละเอียดดังต่อไปนี้

องค์ประกอบ	น้ำหนัก
๑. การสอบวัดความรู้ ๕ หมวด ภาษาไทย (๒๐ คะแนน) ภาษาอังกฤษ (๒๐ คะแนน) คณิตศาสตร์ (๒๐ คะแนน) วิทยาศาสตร์ (๒๐ คะแนน) สุขศึกษาและความรู้ด้านสุขภาพ (๒๐ คะแนน)	๑๐๐ คะแนน (ผ่านเกณฑ์ ๕๐ คะแนนขึ้นไป)
๒. การสอบสัมภาษณ์ แรงจูงใจในการเรียนวิชาชีพ (๓ คะแนน) บุคลิกภาพ (๓ คะแนน) การสื่อสาร (๓ คะแนน) ปฏิภาณไหวพริบและตัดสินใจ (๓ คะแนน) ยกตัวอย่างประสบการณ์ที่ภาคภูมิใจหรือประทับใจในการทำมาค้าขายต่อครอบครัว และสังคมหรือการร่วมกิจกรรมสาธารณประโยชน์ (๓ คะแนน)	๑๕ คะแนน (ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐ หรือ ๙ คะแนนขึ้นไป)
๓. การตรวจสอบสุขภาพ ผู้สมัครที่สอบผ่านข้อเขียนและสัมภาษณ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด ต้องตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลเอกชน ที่สามารถตรวจได้ครบทุกรายการตามแบบฟอร์มที่ กำหนดให้เท่านั้น (โดยต้องตรวจสอบว่า แพทย์บันทึกผลการตรวจร่างกายครบทุกรายการหรือไม่ ก่อนมายื่น ในวันเข้ารับรายงานตัว มิฉะนั้นจะไม่อนุญาตให้เข้าศึกษาตามลำดับ)	ผ่าน/ไม่ผ่าน

๒.๓ เอกสารประกอบการสมัคร

ผู้สมัครต้องนำเอกสารต่างๆ และมอบสำเนา หรือภาพถ่ายให้เจ้าหน้าที่รับสมัคร ดังต่อไปนี้

- ๑) สำเนาใบรับรองการสำเร็จการศึกษา หรือประกาศนียบัตร หรือปริญญาบัตร ใบสุทธิแสดงคุณวุฒิ
จำนวน ๑ แผ่น และเซ็นรับรองเอกสาร
- ๒) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ แผ่น พร้อมทั้งเซ็นรับรองเอกสาร
- ๓) สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ แผ่น พร้อมทั้งเซ็นรับรองเอกสาร
- ๔) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก หรือแว่นตาดำ ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน
- ๕) หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)
- ๖) สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่ศาลมีคำสั่งแต่งตั้งไม่น้อยกว่า ๓ ปีติดต่อกัน
จำนวน ๑ แผ่น พร้อมทั้งเซ็นรับรองเอกสาร
- ๗) สำเนาบัตรประชาชน ของบิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่ศาลมีคำสั่งแต่งตั้งไม่น้อยกว่า ๓ ปี
ติดต่อกัน จำนวน ๑ แผ่น พร้อมทั้งเซ็นรับรองเอกสาร
- ๘) กรณีผู้สมัครเป็นบุคลากรของหน่วยงานภาครัฐ ต้องมีหนังสือรับรองประสบการณ์ทำงานจาก
ผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน
- ๙) กรณีผู้สมัครเป็นบุตรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องมีหนังสือรับรองประสบการณ์ทำงานจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน ให้แนบสำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาทะเบียนบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พร้อมทั้งเซ็นรับรองเอกสาร

๑๐) ค่าสมัคร ๓๕๐ บาท

๒.๔ ระยะเวลาการสมัคร (รอบที่ ๒) วันที่ ๑๑ - ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๙

๒.๕ การยื่นใบสมัคร

- ๑) เตรียมเอกสาร หลักฐานต่างๆ ทั้งฉบับจริง และถ่ายสำเนาจัดเรียงเอกสารหลักฐานทั้งหมดตามลำดับ ใช้ลวดเสียบกระดาษยึดเอกสารทั้งหมดไว้ด้านบน
- ๒) บัตรประจำตัวประชาชนตัวจริง พร้อมสำเนาที่เซ็นรับรองด้วยลายเซ็นผู้สมัคร
- ๓) รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป ให้เขียนชื่อ - นามสกุล ไว้ด้านหลังด้วยลายมือตัวบรรจง
- ๔) ใบสมัครกรอกข้อความให้ครบถ้วนเรียบร้อย ติดรูปถ่าย ๑ รูป ในกรอบมุมบนขวามือ
- ๕) หลักฐานอื่นๆ ถ้ามี เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ หรือนามสกุล ให้ถ่ายสำเนาพร้อมเซ็นรับรองให้เรียบร้อย
- ๖) นำเอกสารทั้งหมดไปที่โต๊ะเพื่อตรวจสอบ
- ๗) เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารเสร็จแล้ว จะให้ผู้สมัครเซ็นชื่อลงในใบสมัครต่อหน้าที่และจะคืนเอกสารฉบับจริงให้ผู้สมัคร
- ๘) ชำระค่าสมัครสอบคัดเลือก ๓๕๐ บาท
- ๙) รับใบเสร็จและบัตรประจำตัวผู้เข้าสอบคัดเลือก จำนวน ๑ ใบ จากเจ้าหน้าที่

๖. ข้อตกลงหรือเงื่อนไขในการสมัคร

- ๑) ผู้สมัครจะต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบและรับรองตนเองว่า เป็นผู้มีความประพฤติตรงตามประกาศรับสมัคร และต้องกรอกรายละเอียดต่างๆ ให้ถูกต้องครบถ้วนตามความเป็นจริง ในกรณีที่มีความผิดพลาดอันเกิดจากผู้สมัคร หรือคณะกรรมการฯ ตรวจสอบว่าเอกสารหลักฐานคุณวุฒิไม่ตรงตามความเป็นจริงหรือมีความคุณสมบัติไม่เป็นไปตามประกาศรับสมัครให้ถือว่าผู้สมัครเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครไม่มีสิทธิ์ในการเข้าศึกษา
- ๒) กรณีผู้สมัครให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ หรือจงใจปกปิดข้อมูล หรือแม้ปรากฏเป็นความเท็จขึ้นภายหลังจากเข้าศึกษาแล้ว จะต้องถูกตัดสิทธิ์การเข้าศึกษา
- ๓) การพิจารณาตัดสิทธิ์เข้าศึกษาด้วยเหตุผลทางคุณสมบัติด้านการศึกษาหรือด้านสุขภาพกระทำโดยคณะกรรมการไม่น้อยกว่า ๒ ใน ๓ ซึ่งมีจำนวนกรรมการไม่น้อยกว่า ๕ คน
- ๔) ผู้สมัครที่ได้รับการประกาศเป็นนักศึกษาใหม่ ปีการศึกษา ๒๕๖๙ หากประสงค์ต้องการเข้ารับการคัดเลือกใหม่ ต้องยื่นเรื่องขอสละสิทธิ์การเข้าศึกษาที่วิทยาลัยฯ ก่อนการยื่นสมัครใหม่ในรอบนี้
- ๕) ผลการพิจารณาตัดสินการคัดเลือกของคณะกรรมการรับสมัครและคัดเลือกให้ถือเป็นที่สุด
- ๖) กรณีการคัดเลือกไม่ครบตามประเภทและจำนวนแผนการรับที่กำหนดไว้ตามประกาศนี้ วิทยาลัยฯ มีสิทธิ์ที่จะปรับเปลี่ยนประเภท จำนวนการรับเข้าศึกษา ปฏิทินการศึกษา หรือบริหารจัดการข้ามวิทยาลัยฯ หรือหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม

๗. ค่าใช้จ่ายในการเข้าศึกษา

ผู้สมัครที่ได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษา จะต้องชำระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการศึกษา รวมถึงค่าใช้จ่ายในการศึกษาอื่น ๆ ตามที่วิทยาลัยฯ กำหนด ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

๗.๑ แผนผลิตปกติ โครงการบุคคลทั่วไป ผู้สมัครต้องชำระเงินเอง จำนวน ๔๕,๐๐๐ บาท ตลอดหลักสูตร

๘. ปฏิทินการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ (รอบที่ ๒)

ตามเอกสารแนบท้าย อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ สามารถติดตามข้อมูลและรายละเอียดเพิ่มเติมทางเว็บไซต์ <https://unc.ac.th> หรือติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม คุณปวีณา หลวงกว้าง (นักประชาสัมพันธ์) โทรศัพท์ ๐๕๕-๘๓๐๗๘๕ ต่อ ๑๐๐ หรือ ๑๐๒ , ๐๖๑-๙๔๘๔๒๖๖

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๙



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดุจเดือน เขียวเหลือง)
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ปฏิทินรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (รอบที่ ๒)
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙

ขั้นตอน	กิจกรรม	วัน เดือน ปี	หมายเหตุ
๑	รับสมัคร ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ (ผู้ยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร)	๑๑ - ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๙	
๒	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบความรู้ และสอบสัมภาษณ์ ที่ http://www.unc.ac.th	๒ มิถุนายน ๒๕๖๙	
๓	สอบความรู้ และสอบสัมภาษณ์ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์	๕ มิถุนายน ๒๕๖๙	
๔	ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสอบความรู้ และสอบสัมภาษณ์ ที่ http://www.unc.ac.th	๙ มิถุนายน ๒๕๖๙	
๕	ตรวจร่างกาย และส่งผลการตรวจร่างกาย	๙ - ๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๙	
๖	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ที่ http://www.unc.ac.th	๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๙	
๗	ชำระค่าบำรุงการศึกษา (โครงการแผนผลิตปกติ)	๑๕ - ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๙	
๘	ประกาศรายชื่อนักศึกษาใหม่ ที่ http://www.unc.ac.th	๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๙	
๙	รายงานตัวเข้าศึกษา	๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘	
๑๐	การปฐมนิเทศและเตรียมความพร้อมเข้าศึกษา	๖ - ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๙	
๑๑	ประกาศรายชื่อนักศึกษาใหม่ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ ที่ http://www.unc.ac.th	๙ กรกฎาคม ๒๕๖๙	
๑๒	เปิดเรียนภาคการศึกษาที่ ๑	๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๘	

เลขที่.....

ชุดใบสมัคร

หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ปีการศึกษา ๒๕๖๙

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ติดรูปถ่าย

ประวัติผู้สมัคร

เขียนที่.....

ประเภทแผนผลิต โครงการที่ท่านสมัคร

๑.๑ แผนผลิตปกติ

๑.๒ แผนผลิตโครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์ครอบครัวตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วไทย (๙ หมอ)

๑.ประวัติส่วนตัว

ชื่อผู้สมัคร (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

เกิดวัน.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สถานภาพ โสด สมรส หย่า

สถานที่ทำงาน.....ตำแหน่ง.....

ชื่อบิดา.....นามสกุล.....ชื่อมารดา.....นามสกุล.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

โรคประจำตัว.....

ชื่อคู่สมรส.....นามสกุลคู่สมรส.....จำนวนบุตร.....คน

อาชีพคู่สมรส.....โทรศัพท์.....รายได้ต่อเดือน.....บาท

สถานที่ทำงาน.....ตำแหน่ง.....

* หากมีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลในตำแหน่งต่างๆ ให้ระบุข้อมูล ความคิดเห็นของหัวหน้า/หัวหน้างาน เพิ่มเติม

ความสามารถพิเศษ

คอมพิวเตอร์ โปรแกรม โปรตระกูล.....

ดนตรี โปรตระกูล.....

กีฬา โปรตระกูล.....

อื่นๆ โปรตระกูล.....

ความคิดเห็นของหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....จังหวัด.....สังกัด.....

หมายเลขโทรศัพท์.....ขอรับรองว่า นาย /น.ส./นาง.....

ตำแหน่ง.....ได้ปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....ในหน่วยงานมาแล้ว.....ปี.....เดือน

- และมีความคิดเห็นว่า มีคุณสมบัติ และสมรรถนะเหมาะสมต่อการสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล
- ไม่มีคุณสมบัติ และสมรรถนะเหมาะสมต่อการสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล
- อื่นๆ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

๒. ประวัติการศึกษา

วุฒิมัธยมศึกษาสูงสุด.....สถาบัน.....

คะแนนเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร.....วัน/เดือน/ปี ที่สำเร็จการศึกษา.....

หลักสูตรที่ผ่านการอบรม.....

๓. ทักษะคน

เหตุผลในการสมัครเลือกหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล.....

๔. หลักฐานการสมัคร

ผู้สมัครตรวจสอบ	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ
<input type="checkbox"/> ๑. ชุดสมัครเข้าศึกษา	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ๒. สำเนาใบทะเบียนผลการศึกษา หรือประกาศนียบัตร หรือใบรับรองผลการศึกษาตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรองพร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ๓. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อและนามสกุล	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ๔. สำเนาทะเบียนบ้าน	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ๕. สำเนาบัตรประชาชน	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ๖. รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ๗. ค่าสมัคร ๓๕๐ บาท	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ๘. สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ๙. สำเนาบัตรประชาชน ของบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ๑๐. หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงานจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน	<input type="checkbox"/>

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก และข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นพร้อมหลักฐานการสมัครเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบว่าหลักฐาน การสมัครไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้าขอยอมรับในการพิจารณาของ คณะกรรมการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับสมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....