



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์  
เรื่อง การรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๐

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีความประสงค์จะเปิดรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๐ จำนวน ๕๐ คน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**ระเบียบการรับสมัครบุคคลที่เข้ารับการศึกษา  
คุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการศึกษา**

ผู้สมัครเข้ารับการศึกษา ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

**๑.คุณสมบัติทั่วไป**

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) อายุไม่ต่ำกว่า ๑๖ ปี และไม่เกิน ๔๕ ปีบริบูรณ์ นับถึงวันเปิดการศึกษา
- (๓) น้ำหนักไม่น้อยกว่า ๔๐ กก. ส่วนสูงไม่ต่ำกว่า ๑๕๐ ซม.
- (๔) มีสุขภาพ ร่างกาย และจิตใจสมบูรณ์ มีบุคลิกภาพที่เหมาะสม ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงไม่มีความพิการ หรือผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจ หรืออื่นๆ อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและปฏิบัติงาน
- (๕) ถ้าเป็นชายต้องไม่เป็นผู้ถูกคัดเลือกเข้ารับราชการทหารในเดือนเมษายน ๒๕๖๐ และไม่เป็นที่กษุสามเณร ตามคำสั่งมหาเถรสมาคม พ.ศ. ๒๕๒๑
- (๖) ไม่เคยต้องโทษในคดีอาญา เว้นแต่ความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ
- (๗) ไม่เคยต้องพ้นสภาพจากการเป็นนักศึกษาจากสถาบันอุดมศึกษาใดๆ เพราะความผิดทางวินัย

**๒.คุณสมบัติด้านการศึกษา**

- (๑) เป็นผู้สำเร็จการศึกษา หรือเป็นผู้ที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ โดยได้ศึกษารายวิชาในหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า (มศ.๕ หรือ ม.๖) และครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งการศึกษาในโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน หรือเทียบเท่าตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง หรือผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการ
- (๒) มีผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าไม่น้อยกว่า ๒.๐๐

## เอกสารประกอบการสมัคร

ผู้สมัครต้องนำเอกสารต่างๆ และมอบสำเนา หรือภาพถ่ายให้เจ้าหน้าที่รับสมัคร ดังต่อไปนี้

๑. สำเนาใบรับรองการสำเร็จการศึกษาหรือประกาศนียบัตรหรือปริญญาบัตรใบสุทธิแสดงคุณวุฒิ
  ๑. แผ่น และเซ็นรับรองเอกสารด้วย
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ แผ่น พร้อมทั้งเซ็นรับรองเอกสารด้วย
๓. สำเนาบัตรประชาชน ๑ แผ่น เซ็นรับรองเอกสาร
๔. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก หรือแว่นตาดำ ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน
๕. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)
๖. ผู้สมัครต้องมีหนังสือรับรองประสบการณ์ทำงานจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน
๗. ค่าสมัคร ๒๐๐ บาท

## การยื่นใบสมัคร

เพื่อให้การสมัครมีความสะดวกรวดเร็ว ให้ผู้สมัครปฏิบัติตามขั้นตอนต่อไปนี้

๑. เตรียมเอกสาร หลักฐานต่างๆ ทั้งฉบับจริง และถ่ายสำเนาจัดเรียงเอกสารหลักฐานทั้งหมดตามลำดับ ใช้ลวดเสียบกระดาษยึดเอกสารทั้งหมดไว้ด้านบน ตรงกลางกระดาษสมัคร
๒. บัตรประจำตัวประชาชนตัวจริง พร้อมสำเนาที่เซ็นรับรองด้วยลายเซ็นผู้สมัคร
๓. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว 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 ๒๐๐ บาท
๙. รับใบเสร็จและบัตรประจำตัวผู้เข้าสอบคัดเลือก ๑ ใบ จากเจ้าหน้าที่

## วิธีการคัดเลือกผู้สมัครเข้ารับการศึกษา

๑. สอบข้อเขียน มี ๔ หมวดวิชา ได้แก่ ภาษาอังกฤษ คณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และสุขศึกษา ความรู้ทั่วไป ซึ่งแบ่งออกเป็น สังคม ภาษาไทย และเหตุการณ์ต่างๆ ในปัจจุบัน
๒. การตรวจสุขภาพ ผู้สมัครที่สอบผ่านข้อเขียนตามเกณฑ์ที่กำหนดต้องตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลของรัฐ ที่สามารถตรวจได้ครบทุกรายการตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้เท่านั้น และต้องตรวจสอบว่า แพทย์บันทึกผลการตรวจร่างกายครบทุกรายการหรือไม่ ก่อนมายื่นในวันเข้าสอบสัมภาษณ์ มิฉะนั้นจะไม่อนุญาตให้เข้าสัมภาษณ์

๓. การสอบสัมภาษณ์ จะสัมภาษณ์เฉพาะผู้ที่สอบข้อเขียนผ่านและตรวจสอบสุขภาพแล้วเท่านั้น โดยมีคะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน พิจารณาจาก

- (๑) ความรู้ทั่วไป
- (๒) ไหวพริบปฏิภาณ
- (๓) บุคลิกภาพ
- (๔) ทักษะคติในการทำงาน
- (๕) ความคาดหวังภายหลังสำเร็จการศึกษา

#### การสมัคร

ผู้สนใจเข้าศึกษาสามารถ download ใบสมัครได้ที่ <http://www.unc.ac.th> และนำส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการสมัครและเงินค่าสมัคร ๒๐๐ บาท ด้วยตนเองเท่านั้น ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ตั้งแต่วันที่ ๑ - ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๐ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๕.๐๐ น. (เว้นวันหยุดราชการ)

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๐



นางสาวจตุรเดือน เขียวเหลือง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

**ปฏิทินรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา  
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์**

ขั้นตอน	กิจกรรม	วัน เดือน ปี	หมายเหตุ
๑	ประชาสัมพันธ์หลักสูตร	กุมภาพันธ์ - มีนาคม ๒๕๖๐	
๒	รับสมัคร ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ (ผู้ยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐาน ประกอบการสมัครและชำระเงินค่าสมัคร)	๑ - ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๐	
๓	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบความรู้	๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐	
๔	สอบความรู้ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์	๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๐	
๕	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์	๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๐	
๖	สัมภาษณ์ผู้สอบผ่านและมีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์	๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๐	
๗	ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสัมภาษณ์	๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๐	
๘	ตรวจร่างกาย และส่งผลการตรวจร่างกาย	๒๐ - ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๐	
๙	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา	๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๐	
๑๐	ชำระค่าบำรุงการศึกษา	๒๖ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐	
๑๑	ประกาศรายชื่อนักศึกษาใหม่	๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐	
๑๒	รายงานตัวเข้าศึกษา	๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๐	
๑๓	การปฐมนิเทศและเตรียมความพร้อมเข้าศึกษา	๑๐ - ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐	
๑๔	เปิดเรียนภาคการศึกษาที่ ๑	๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐	

เลขที่.....

ชุดใบสมัคร  
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
ปีการศึกษา ๒๕๖๐  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์  
สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

ติดรูปถ่าย

\*\*\*\*\*

ประวัติผู้สมัคร

เขียนที่.....

**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.....

**ความสามารถพิเศษ**

- คอมพิวเตอร์ โปรแกรม โปรตระกูล.....  
 ดนตรี โปรตระกูล.....  
 กีฬา โปรตระกูล.....  
 อื่นๆ โปรตระกูล.....

**๒.ประวัติการศึกษา**

วุฒิการศึกษาสูงสุด.....สถาบัน.....  
คะแนนเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร.....วัน/เดือน/ปีที่สำเร็จการศึกษา.....  
หลักสูตรที่ผ่านการอบรม.....  
.....  
.....  
.....

**๓. ทัศนคติ**

เหตุผลในการสมัครเลือกหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล.....

.....

.....

.....

.....

.....

**๔. หลักฐานการสมัคร**

ผู้สมัครตรวจสอบ		เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ
<input type="checkbox"/>	๑. ชุดสมัครเข้าศึกษา	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	๒. สำเนาใบระเบียนผลการศึกษา 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 ๒๐๐ บาท	<input type="checkbox"/>

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์ และข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นพร้อมหลักฐานการสมัครเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบว่าหลักฐานการสมัครไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้าขอยอมรับในการพิจารณาของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับสมัคร  
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**บัตรประจำตัวสอบ**



ชื่อผู้สมัคร.....  
นามสกุล.....  
เลขที่สอบ.....  
ห้องสอบที่.....

วันที่สอบ.....เดือน.....พ.ศ.....  
เวลา.....น.

.....  
ลายเซ็นผู้สมัคร

**บัตรประจำตัวสอบ**



ชื่อผู้สมัคร.....  
นามสกุล.....  
เลขที่สอบ.....  
ห้องสอบที่.....

วันที่สอบ.....เดือน.....พ.ศ.....  
เวลา.....น.

.....  
ลายเซ็นผู้สมัคร

**บัตรประจำตัวสอบ**



ชื่อผู้สมัคร.....  
นามสกุล.....  
เลขที่สอบ.....  
ห้องสอบที่.....

วันที่สอบ.....เดือน.....พ.ศ.....  
เวลา.....น.

.....  
ลายเซ็นผู้สมัคร

**บัตรประจำตัวสอบ**



ชื่อผู้สมัคร.....  
นามสกุล.....  
เลขที่สอบ.....  
ห้องสอบที่.....

วันที่สอบ.....เดือน.....พ.ศ.....  
เวลา.....น.

.....  
ลายเซ็นผู้สมัคร



หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา  
สำหรับผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล  
ปีการศึกษา ๒๕๖๐ รุ่นที่ ๑  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....  
สถานที่ทำงาน.....จังหวัด.....  
สังกัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....  
ขอรับรองว่า นาย / น.ส./ นาง/ .....  
ตำแหน่ง.....ได้ปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....  
ในหน่วยงานมาแล้ว.....ปี.....เดือน และขอส่งตัวบุคลากรในสังกัด สมัครเข้าศึกษา  
หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๐ รุ่นที่ ๑

(ลงชื่อ).....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
...../...../.....

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงานที่ผู้สมัครปฏิบัติงานอยู่

๑. โรงพยาบาลชุมชน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
๒. โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/โรงพยาบาลในสังกัดกรมต่างๆ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
๓. หน่วยงานอื่นๆ	ผู้บริหาร