



ราชวิทยาลัย
จุฬารัง
คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ประกาศ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ เข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชา
วิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ รอบที่ ๒ การรับ
แบบ Quota (โครงการผู้ที่สนใจทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙

.....

ตามที่ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ราชวิทยาลัยจุฬารัง ได้ดำเนินการเปิดรับสมัครเพื่อ
คัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะ
เทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ รอบที่ ๒ การรับแบบ Quota (โครงการผู้ที่สนใจทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ)
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ โดยได้สิ้นสุดการรับสมัครดังกล่าว เมื่อวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๙ บัดนี้ คณะกรรมการคัด
เลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ ได้ดำเนิน
การตรวจสอบเอกสารและหลักฐาน รวมทั้งผลคะแนนที่กำหนดตามประกาศรับสมัครเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๘ แห่งข้อบังคับราชวิทยาลัยจุฬารัง ว่าด้วยหัวหน้าส่วนงาน คณะ
กรรมการประจำส่วนงาน และการบริหารงานส่วนงานของราชวิทยาลัยจุฬารัง พ.ศ. ๒๕๖๘ ข้อ ๑๒ แห่ง
ประกาศวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬารัง เรื่อง โครงสร้างการบริหารงานคณะเทคโนโลยี
วิทยาศาสตร์สุขภาพ ลงวันที่ ๒๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓ และคำสั่งราชวิทยาลัยจุฬารัง ที่ ๒๕๖๘/๒๕๖๘ เรื่อง
แต่งตั้งผู้รักษาการในตำแหน่งคณบดีคณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ลงวันที่ ๒๘ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
ประกอบมติที่ประชุมสภाराชวิทยาลัยจุฬารัง ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘
จึงประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ เข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การ
เคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ รอบที่ ๒ การรับแบบ Quota (โครงการผู้ที่สนใจ
ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ จำนวน ๘ คน รายละเอียดปรากฏตามเอกสารแนบท้าย
ประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๙

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงยุวเรศมคษฐ์ ลิทธิชาญบัญชา)
รักษาการคณบดีคณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

รายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ เข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาศาสตรการเคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ
รอบที่ ๒ การรับแบบ Quota (โครงการผู้สนใจทางด้านวิทยาศาสตรสุขภาพ)

ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙

กำหนดวันสอบสัมภาษณ์วันจันทร์ที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๙

ลำดับที่	คำนำหน้า	ชื่อ	นามสกุล	เวลาที่เข้าสัมภาษณ์	หมายเหตุ
๑	นางสาว	ขวัญข้าว	จันดอกรัก	๐๙.๓๐ - ๑๐.๓๐ น.	
๒	นางสาว	ชนัญชิตา	ไกรนาถ		
๓	นาย	ธนภัทร	จำปาวัลย์		
๔	นาย	ธีร	เต็มบุญบารมี		
๕	นาย	แอนพคุณณ์	ตั้งเสริมวงศ์	๑๐.๓๐ - ๑๑.๓๐ น.	
๖	นางสาว	ฟ้ารุ่ง	สุขขัง		
๗	นาย	ภรณ์ยู	ลิ้มเซ่ง		
๘	นางสาว	รักษิณา	สุนทรเกษ		

หมายเหตุ : รายชื่อเรียงลำดับตามตัวอักษรพยัญชนะไทย

สำหรับผู้สมัครที่มีสิทธิ์เข้ารับการสอบสัมภาษณ์ ขอให้ปฏิบัติ ดังนี้

- ตรวจสอบลำดับของผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์โดยมีรายละเอียดตามตารางรายชื่อด้านบน
- ผู้สมัครต้องตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนเท่านั้น ตามรายการในแบบฟอร์ม (เอกสารแนบท้ายประกาศ ๒) หรือสามารถใช้ผลตรวจที่ตรวจไว้ไม่เกิน ๖ เดือนได้ และไม่จำเป็นต้องเป็นแบบฟอร์มตามเอกสารแนบ แต่ต้องมีรายละเอียดตามแบบฟอร์มให้ครบถ้วน และส่งแบบรายงานผลการตรวจร่างกายมาที่ E-mail : humankinetics@cra.ac.th ภายในวันศุกร์ที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๙ เวลา ๑๖.๐๐ น. หากไม่ส่งแบบรายงานผลการตรวจร่างกายภายในวันและเวลาที่กำหนดถือว่าผู้สมัครสละสิทธิ์ในการเข้ารับการสอบสัมภาษณ์
- สถานที่สอบสัมภาษณ์ : ณ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ อาคารสำนักงานราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ โซน A สามารถนั่งรถได้ที่ ห้อง Co-working space ชั้น ๑ โดยเมื่อถึงเวลาการสอบสัมภาษณ์จะมีเจ้าหน้าที่เรียกชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ตามลำดับ (ที่อยู่ : ๙๐๖ ถนนกำแพงเพชร ๖ แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐)
- ขอให้ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ทุกท่าน วางแผนการเดินทางเพื่อเข้าสอบสัมภาษณ์ และมาถึงก่อนเวลาอย่างน้อย ๓๐ นาที

๕. เอกสารที่ต้องนำมา : แบบรายงานผลการตรวจร่างกาย, แฟ้มสะสมผลงานและจดหมาย
แนะนำตัวเอง

๖. การแต่งกายเพื่อเข้าสอบสัมภาษณ์ ขอให้แต่งกายด้วยชุดสุภาพเรียบร้อย

๗. ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ที่ไม่เข้ารับการสอบสัมภาษณ์ในวันและเวลาดังกล่าว ถือเป็นการสละ
สิทธิ์

รายงานผลการตรวจร่างกาย
โรงเรียนวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์
เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาบุคคลเข้าศึกษาต่อหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ

ชื่อ - นามสกุล (นาย/นางสาว).....วัน/เดือน/ปีเกิด.....

โรงเรียน.....

ได้รับการตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ.....

สำหรับแพทย์กรอกเท่านั้น

แพทย์ผู้ตรวจ นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรเลขที่.....

โรงพยาบาล.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

๑. การตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ค่า BMI.....หมู่โลหิต.....

ความดันโลหิต...../.....มิลลิเมตรปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที การหายใจ.....ครั้ง/นาที

๒. การตรวจเลือด

๒.๑ Fasting Blood Sugar () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๒.๒ BUN () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๒.๓ Creatinine () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๒.๔ CBC () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๓. การเอกซเรย์ปอด

Chest x-rays : PA () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๔. การตรวจตา

ตาบอดสี () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

Visual acuity measurement () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๕. การตรวจปัสสาวะ

Urinary analysis () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๖. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ตรวจ...../...../.....

หมายเหตุ โปรดประทับตราบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ