



ราชวิทยาลัย
จุฬารัตน์
คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ประกาศ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ เข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชารังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ รอบที่ ๒
โครงการปณิธานจุฬารัตน์ (การรับแบบโควตา) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙

.....

ตามที่ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ราชวิทยาลัยจุฬารัตน์ ได้ดำเนินการ เปิดรับสมัครเพื่อ
คัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ
รอบที่ ๒ โครงการปณิธานจุฬารัตน์ (การรับแบบโควตา) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ โดยได้สิ้นสุดการรับสมัครตั้ง
กล่าว เมื่อวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๙ บัดนี้ คณะกรรมการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชารังสีเทคนิค ได้ดำเนินการตรวจสอบเอกสารและหลักฐาน รวมทั้งผลคะแนนที่กำหนดตามประกาศรับ
สมัครเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๘ แห่งข้อบังคับราชวิทยาลัยจุฬารัตน์ ว่าด้วยหัวหน้าส่วนงาน คณะ
กรรมการประจำส่วนงาน และการบริหารงานส่วนงานของราชวิทยาลัยจุฬารัตน์ พ.ศ. ๒๕๖๘ ข้อ ๑๒ แห่ง
ประกาศวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬารัตน์ เรื่อง โครงสร้างการบริหารงานคณะเทคโนโลยี
วิทยาศาสตร์สุขภาพ ลงวันที่ ๒๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓ และคำสั่งราชวิทยาลัยจุฬารัตน์ ที่ ๒๕๖๘/๒๕๖๘ เรื่อง
แต่งตั้งผู้รักษาการในตำแหน่งคณบดีคณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ลงวันที่ ๒๘ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
ประกอบมติที่ประชุมสภाराชวิทยาลัยจุฬารัตน์ ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘
จึงประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์เข้าศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค คณะ
เทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ รอบที่ ๒ โครงการปณิธานจุฬารัตน์ (การรับแบบโควตา) ประจำปีการศึกษา
๒๕๖๙ จำนวน ๑๔ คน รายละเอียดปรากฏตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้มีรายชื่อตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ เข้ารับการสัมภาษณ์ ผ่านระบบออนไลน์ ในวัน
จันทร์ที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๙ เวลา ๐๘.๐๐ น. เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๙

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงยุวเรศมคษฐ์ ลิทธิชาญบัญชา)
รักษาการคณบดีคณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

รายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ เพื่อคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชารังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ
รอบที่ ๒ โครงการปณิธานจุฬารักษ์ (การรับแบบโควตา) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล		
1	นาย	กฤตภาส	อินวรรณนา
2	นาย	คุณัชญ์	อาบสุวรรณ
3	นาย	ชัยพงศ์	รัตนวงศ์
4	นางสาว	ชีโนบุ	ฮะระ
5	นางสาว	ฐานิตา	เคียนทอง
6	นางสาว	ณัฐธินี	แสงแก้ว
7	นาย	ธนกฤต	คั่นระ
8	นางสาว	ธัญญา	กรรณิกา
9	นาย	พุทธ	ชมภูบุตร
10	นางสาว	ลักษมีกานต์	ภักดีกุล
11	นางสาว	ศุทธรา	หงษ์อร่าม
12	นางสาว	ศุภษี	สังข์ทอง
13	นางสาว	สุชานันท์	โอนิกะ
14	นางสาว	อัจฉราภรณ์	ศรีสมุทร

หมายเหตุ:

- การประกาศรายชื่อเรียงตามตัวอักษร มิได้เรียงตามลำดับคะแนน
- ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์จะได้รับรายละเอียดและลิงก์การเข้าสอบสัมภาษณ์ผ่านทางอีเมลที่ใช้ในการสมัคร

ข้อปฏิบัติสำหรับผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์
เพื่อคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชารังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ
รอบที่ ๒ โครงการปณิธานจุฬารักษ์ (การรับแบบโควตา) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕

- นำส่งแบบรายงานผลการตรวจร่างกาย จากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่น่าเชื่อถือ (เอกสารแนบท้ายประกาศ ๓) มาที่อีเมล rt@cra.ac.th ภายในวันอาทิตย์ที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๕ โดยสามารถใช้ผลตรวจที่ตรวจไว้ไม่เกิน ๖ เดือนได้ และไม่จำเป็นต้องเป็นแบบฟอร์มตามเอกสารแนบ แต่ต้องมีรายละเอียดการตรวจตามแบบฟอร์มให้ครบถ้วน
- ให้ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ ตอบแบบฟอร์มการยืนยันการเข้าสอบสัมภาษณ์ การคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ รอบที่ ๒ โครงการปณิธานจุฬารักษ์ (การรับแบบโควตา) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕ ตามลิงก์ <https://forms.office.com/r/ba9S6Hwd40?origin=lprLink> หรือ QR code นี้

แบบฟอร์มการยืนยันการเข้าสอบสัมภาษณ์
หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค



หมายเหตุ: ตอบแบบฟอร์มการยืนยันการเข้าสอบสัมภาษณ์ฯ ภายในวันศุกร์ที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๕ เวลา ๑๖.๐๐ น.

รายงานผลการตรวจร่างกาย

โรงเรียนรังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาบุคคลเข้าศึกษาต่อหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค

ชื่อ – นามสกุล (นาย/นางสาว).....วัน/เดือน/ปีเกิด.....
โรงเรียน.....หมายเลขประจำตัวผู้สมัคร.....
ได้รับการตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ.....

สำหรับแพทย์กรอกเท่านั้น

แพทย์ผู้ตรวจ นายแพทย์/แพทย์หญิง.....
ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....
โรงพยาบาล.....
ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....

๑. การตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก.....ส่วนสูง.....ค่า BMI หมู่วโลหิต.....
ความดันโลหิต...../.....ชีพจร.....การหายใจ.....

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 (UA) () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๖. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

.....
.....

ลงชื่อ.....
(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ
วันที่ตรวจ...../...../.....