



ราชวิทยาลัย
จุฬารามณ์

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬารามณ์

ประกาศคณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

เรื่อง รายชื่อผู้ยืนยันสิทธิ์ในระบบ TCAS รอบ ๓ และการตรวจร่างกาย

เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค

โรงเรียนรังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

รอบที่ ๓ โครงการศรัทธาจุฬารามณ์ (การรับตรงร่วมกัน) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓

ตามที่ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬารามณ์ ราชวิทยาลัยจุฬารามณ์ ได้ดำเนินการเปิดรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาต่อหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ รอบที่ ๓ โครงการศรัทธาจุฬารามณ์ (การรับตรงร่วมกัน) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓ ตั้งแต่วันที่ ๑๗ - ๒๗ เมษายน ๒๕๖๓ ไปแล้วนั้น

บัดนี้ โรงเรียนรังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้ดำเนินการประเมินผลการคัดเลือกเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ยืนยันสิทธิ์ในระบบ TCAS รอบ ๓ จำนวน ๑๙ คน ตามรายละเอียดเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง จิรพร เหล่าธรรมทัศน์)

คณบดีคณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

รายชื่อผู้ยืนยันสิทธิ์ในระบบ TCAS รอบ ๓ และการตรวจร่างกาย
เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค

คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

รอบที่ ๓ โครงการศรัทธาจุฬารณีย์ (การรับตรงร่วมกัน) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	
๑.	ภัทรสุดา	ผลาจันทร์
๒.	อวภาส	แสงสว่าง
๓.	พงศธร	สังฆเวช
๔.	กมลชนก	ศิริทรัพย์
๕.	วันสนันท์	เวชกุล
๖.	มนัชญา	สาตาระ
๗.	พลอยไพลิน	คงคาเพชร
๘.	ชนิกานต์	จันทร์ระ
๙.	สุวัจณี	เสงี่ยมจิตร
๑๐.	ฐิติวรดา	วรรณุช
๑๑.	นพณิตา	ฉิมบ้านไร่
๑๒.	เมธาวัฒน์	เพ็ชรรัตน์
๑๓.	เมษยาภรณ์	เอียดแก้ว
๑๔.	ชลสิทธิ์	ศิริต้นลี
๑๕.	กัญรัตน์	ชำนาญ
๑๖.	ญาสุมินทร์	ช่วยบำรุง
๑๗.	ศุภรดา	เอนกปัญญากุล
๑๘.	ศุภลักษณ์	จิ๋วเจริญ
๑๙.	มีทนา	ดอกสุข

หมายเหตุ: การประกาศรายชื่อมีได้เรียงตามลำดับคะแนน

หลักฐานที่ต้องนำส่งผ่านระบบอินเทอร์เน็ต

- ๑) ใบสมัครคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา (TCAS) รอบที่ ๓ พร้อมติดรูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ที่ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน โดยเป็นรูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกหรือแว่นตาทุกประเภท และลงลายมือชื่อผู้สมัคร วัน เดือน ปี ที่สมัครในท้ายเอกสารด้วย
- ๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
- ๓) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
- ๔) สำเนาทะเบียนบ้านของบิดาหรือมารดา หรือผู้ปกครองตามกฎหมาย (ตามคำสั่งศาล) พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
- ๕) สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ และ/หรือ นามสกุล (ถ้ามี) พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
- ๖) หลักฐานการชำระเงิน
- ๗) สำเนาหลักฐานคุณวุฒิการศึกษา
 - ๗.๑ ใบประเมินแสดงผลการเรียนรู้ (ปพ.๑) หรือ ใบรับรองผลการศึกษา (ปพ.๗) พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
 - ๘) สำเนาเอกสารผลคะแนน
 - ๘.๑ สำเนาเอกสารผลคะแนนการทดสอบความถนัดทั่วไป (GAT) พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
 - ๘.๒ สำเนาเอกสารผลคะแนนการทดสอบความถนัดทางวิทยาศาสตร์ (PAT๒) พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
 - ๘.๓ สำเนาเอกสารผลคะแนนการทดสอบทางการศึกษาระดับชาตินั้นพื้นฐาน (O-NET) พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
 - ๘.๔ สำเนาเอกสารผลคะแนนการทดสอบ ๗ วิชาสามัญ พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
- ๘) ผลการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐ ตามรายการในแบบฟอร์ม (เอกสารแนบท้ายประกาศ ๓)

ทั้งนี้หากตรวจพบว่าเป็นข้อมูลที่เป็นเท็จ จะถือว่าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครสอบครั้งนี้มาตั้งแต่ต้นและผลการตัดสินใจของคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ ถือว่าเป็นที่สิ้นสุด

หมายเหตุ: ส่งเอกสารประกอบการสัมภาษณ์มาที่

E-mail: rt@pccms.ac.th (ภายในวันศุกร์ ที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

รายงานผลการตรวจร่างกาย

คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ

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 หมูโลหิต.....

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. การเอ็กซเรย์ปอด

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