



### ประกาศ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

เรื่อง รายชื่อผู้ยืนยันสิทธิ์และการตรวจร่างกาย เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค โรงเรียนรังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ รอบที่ ๓ รับตรงร่วมกัน (Admission) โครงการศรัทธาจุฬารัง ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕

ตามที่ โรงเรียนรังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้ดำเนินการเปิดรับสมัครบุคคล เข้าศึกษาต่อหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ รอบที่ ๓ รับตรงร่วมกัน (Admission) โครงการศรัทธาจุฬารัง ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒ – ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ นั้น

บัดนี้ ผู้ผ่านการคัดเลือกได้ยืนยันสิทธิ์การเข้าศึกษาโรงเรียนรังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยี วิทยาศาสตร์สุขภาพ ในระบบเคลียร์ริงเฮาส์ (Clearing-House) ในวันที่ ๑๘ - ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๕ เรียบร้อย แล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาต่อหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค คณะ เทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน ๒๑ คน รายละเอียดปรากฏตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ขอให้ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค จำนวน ๒๑ คน ขึ้น ทะเบียนรายงานตัวเป็นนักศึกษา ในวันที่ ๒๐ - ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๕ ผ่านระบบออนไลน์ โดยขอให้ติดตามราย ละเอียดต่าง ๆ ตามประกาศราชวิทยาลัยจุฬารัง เรื่อง การขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษาใหม่ ทางอินเทอร์เน็ตที่ [www.pccms.ac.th](http://www.pccms.ac.th)

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิรพร เหล่าธรรมทัศน์)

คณบดีคณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

รายชื่อผู้ยืนยันสิทธิ์และการตรวจร่างกาย เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต  
สาขาวิชารังสีเทคนิค โรงเรียนรังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
รอบที่ ๓ รับตรงร่วมกัน (Admission) โครงการศรัทธาจุฬารักษ์ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕

| ลำดับ | ชื่อ - นามสกุล |            |               |
|-------|----------------|------------|---------------|
| ๑     | นางสาว         | กรกนก      | ลิ้มประเสริฐ  |
| ๒     | นางสาว         | กัณฑ์ปวีร์ | รัตนประสิทธิ์ |
| ๓     | นางสาว         | จิรัชญา    | บุญแสน        |
| ๔     | นางสาว         | จิรัชญา    | จันทราภิวัฒน์ |
| ๕     | นางสาว         | ญาณภา      | สังขปริษา     |
| ๖     | นาย            | ณัฐธัญ     | ชื่นจันทร์    |
| ๗     | นางสาว         | ดมิสา      | กัณหา         |
| ๘     | นาย            | ธนดล       | พรหมเลิศ      |
| ๙     | นาย            | ธนพิชญ์    | ภูประเสริฐ    |
| ๑๐    | นางสาว         | ธัชพร      | ยิ้มพรธนา     |
| ๑๑    | นาย            | ปรัชญา     | ปสาทรัตน์     |
| ๑๒    | นางสาว         | ปาไลตาพร   | แสงสุธา       |
| ๑๓    | นางสาว         | พรสิริ     | ศรีเปารยะ     |
| ๑๔    | นางสาว         | พัทธนันท์  | พันธ์ประสงค์  |
| ๑๕    | นางสาว         | พัสรวี     | ฤกษ์ทวี       |
| ๑๖    | นาย            | ภคิน       | เดชานนท์วัฒนา |
| ๑๗    | นาย            | สิทธิพงษ์  | ศรีสมบูรณ์    |
| ๑๘    | นาย            | สิริภูมิ   | หลิมศิริวงศ์  |
| ๑๙    | นางสาว         | อภิษฎา     | เจือประเสริฐ  |
| ๒๐    | นางสาว         | อรอุมา     | เปี่ยมสุวรรณ  |
| ๒๑    | นางสาว         | อรุษา      | อุดมบุญถาวร   |

หมายเหตุ: การประกาศรายชื่อมิได้เรียงตามลำดับคะแนน

ให้ผู้ยืนยันสิทธิ์ดำเนินการกรอกข้อมูลของผู้ยืนยันสิทธิ์ เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขารังสีเทคนิค รอบที่ ๓ รับตรงร่วมกัน (Admission) โครงการศรัทธาจุฬารักษ์ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕ ดังลิงค์ <https://forms.office.com/r/hJxChaX4sx> หรือ QR Code



และส่งหลักฐานผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ที่ E-mail: [rt@cra.ac.th](mailto:rt@cra.ac.th) ภายในวันพฤหัสบดี ที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๕ โดยมีเอกสาร ดังนี้

- 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 ใบระเบียนแสดงผลการเรียน (ปพ.๑) หรือ ใบรับรองผลการการศึกษา (ปพ.๗) พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
- ๘) สำเนาเอกสารผลคะแนน  
  - ๘.๑ สำเนาเอกสารผลคะแนนการทดสอบความถนัดทั่วไป (GAT) พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
  - ๘.๒ สำเนาเอกสารผลคะแนนการทดสอบความถนัดทางวิทยาศาสตร์ (PAT๒) พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
  - ๘.๓ สำเนาเอกสารผลคะแนนการทดสอบ ๗ วิชาสามัญ พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
- ๙) ผลการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐ ตามรายการในแบบฟอร์ม (เอกสารแนบท้ายประกาศ ๓) หรือสามารถใช้ผลตรวจที่ตรวจไว้ไม่เกิน ๖ เดือนได้ และไม่จำเป็นต้องเป็นแบบฟอร์มตามเอกสารแนบ แต่ต้องมีรายละเอียดการตรวจตามแบบฟอร์มให้ครบถ้วน

ทั้งนี้หากตรวจพบข้อมูลที่เป็นเท็จ จะถือว่าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครสอบครั้งนี้มาตั้งแต่ต้นและผลการตัดสินใจของคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ถือว่าเป็นที่สิ้นสุด

## รายงานผลการตรวจร่างกาย

โรงเรียนรังสีเทคนิค 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 ..... หมู่น้ำหนัก.....

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

หมายเหตุ โปรดประทับตราโรงพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ