



ราชวิทยาลัย  
จุฬารังษี

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬารังษี

### ประกาศ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

เรื่อง รายชื่อผู้ยืนยันสิทธิ์และการตรวจร่างกาย เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค โรงเรียนรังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ รอบที่ ๓ การรับแบบ Admission โครงการศรัทธาจุฬารังษี และโครงการจุฬารังษี-EEC ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖

ตามที่ โรงเรียนรังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้ดำเนินการเปิดรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาต่อหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ รอบที่ ๓ การรับแบบ Admission โครงการศรัทธาจุฬารังษี และโครงการจุฬารังษี-EEC ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๗- ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๖ นั้น

บัดนี้ ผู้ผ่านการคัดเลือกได้ยืนยันสิทธิ์การเข้าศึกษาโรงเรียนรังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ในระบบเคลียร์ริงเฮาส์ (Clearing-House) ในวันที่ ๒๐ - ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาต่อหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน ๕๒ คน รายละเอียดปรากฏตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ขอให้ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค จำนวน ๕๒ คน ขึ้นทะเบียนรายงานตัวเป็นนักศึกษา ในวันที่ ๒๙ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ ผ่านระบบออนไลน์ โดยขอให้ติดตามรายละเอียดต่าง ๆ ตามประกาศราชวิทยาลัยจุฬารังษี เรื่อง การขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษาใหม่ ทางอินเทอร์เน็ตที่ [www.pccms.ac.th](http://www.pccms.ac.th)

ประกาศ ณ วันที่ ๑ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิรพร เหล่าธรรมทัศน์)

คณบดีคณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

รายชื่อผู้ยืนยันสิทธิ์และการตรวจร่างกาย เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต  
สาขาวิชารังสีเทคนิค โรงเรียนรังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
รอบที่ ๓ การรับแบบ Admission โครงการศรัทธาจุฬารักษ์ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล		
๑	นางสาว	กมลทิพย์	สารเพ็ชร
๒	นางสาว	กุลภรณ์	สิงขรไทร
๓	นาย	จักรพรรดิ	นามวงศ์
๔	นางสาว	จิรภาสรณ์	ชินบุตร
๕	นางสาว	ชัญญา	โห้ถนอม
๖	นาย	ณกฤษ	ลิยงค์
๗	นางสาว	ณัฐนิช	เป็นมงคล
๘	นาย	ณัฐวัฒน์	อบลัดดา
๙	นางสาว	หัตพิษา	แก้วเกิด
๑๐	นาย	ธิดิวิมล	โกมลบุตร
๑๑	นางสาว	ธีร์จุฑา	โอสถสถาพร
๑๒	นางสาว	ธีร์วรา	สุทธิประภา
๑๓	นางสาว	บุญณิตา	กินพันธ์
๑๔	นางสาว	ปิ่นนธร	พรมเล็ก
๑๕	นาย	ปิ่นณวิษญ์	นาศรี
๑๖	นาย	พงศกร	เกิดผลวัฒนา
๑๗	นางสาว	เพชรลดา	ขวยเขิน
๑๘	นางสาว	ภาวินี	ปิ่นทอง
๑๙	นางสาว	มณีวรรณ	แสงหนู
๒๐	นางสาว	มนัสนันต์	ปัญญาจิตกร
๒๑	นางสาว	มัญชุสา	ฐานะกาญจน์
๒๒	นางสาว	วิหิตา	ใจโปร่ง
๒๓	นาย	ศรัณยู	ปัดถาวะโร
๒๔	นางสาว	ศศิญา	สถิตย์สุข
๒๕	นาย	เศรษฐพงศ์	กิมไพ
๒๖	นาย	สิริชัย	พรหมบังเกิด
๒๗	นางสาว	สุชานาฏ	พุ่มซ้อน
๒๘	นางสาว	สุธาวดี	ศิริอุเทน
๒๙	นางสาว	สุธาลินี	บริสุทธิ
๓๐	นางสาว	อรพรรณ	ทองทิพย์
๓๑	นางสาว	อัญชิสา	ตระการพินิจ
๓๒	นางสาว	อัญชิสา	เฮ้ฐู๋เทียน

หมายเหตุ: การประกาศรายชื่อมิได้เรียงตามลำดับคะแนน

รายชื่อผู้ยืนยันสิทธิ์และการตรวจร่างกาย เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต  
สาขาวิชารังสีเทคนิค โรงเรียนรังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
รอบที่ ๓ การรับแบบ Admission โครงการจุฬารัตน์-EEC ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล		
๑	นางสาว	กรนันท์	สมานพงษ์
๒	นางสาว	กัลยารัตน์	อินทร์ศรีสุข
๓	นางสาว	ขวัญชนก	ปรีชาชีวะวัฒน์
๔	นางสาว	ชลินดา	เห็นประจักษ์
๕	นางสาว	โชติรัตน์	ภิญญาโชติ
๖	นางสาว	ณัฐวรรณ	ระเวงวรรณ
๗	นางสาว	ณัฐวรรณ	มีมุข
๘	นางสาว	ณิชาพัชร	พิมพ์สอน
๙	นางสาว	ธพัทธ์สรณ์	เรารวิจิตร
๑๐	นางสาว	นงนภัส	ฐานิวัฒนานนท์
๑๑	นาย	บูรพา	เจริญรัตน์
๑๒	นางสาว	พรทิพย์	ชั้นธรรม
๑๓	นางสาว	ภัคจิรา	ฉิมประคุณ
๑๔	นางสาว	ภัทรพิมล	เชื่อมทอง
๑๕	นางสาว	มัชฌิมาย์	มังกรไพร
๑๖	นาย	ศักดิ์สิทธิ์	ปัญญาสาระคุณ
๑๗	นางสาว	สิริกัญญา	เมืองเลน
๑๘	นางสาว	สุพิชฌาย์	วิสุทธิแพทย์
๑๙	นางสาว	อริสรา	พรหมนิยมชัย
๒๐	นางสาว	อาภาภัทร	บัลลังก์นาค

หมายเหตุ: การประกาศรายชื่อมิได้เรียงตามลำดับคะแนน

ให้ผู้ยื่นยันสิทธิ์ดำเนินการกรอกข้อมูลของผู้ยื่นยันสิทธิ์ เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขารังสีเทคนิค รอบที่ ๓ การรับแบบ Admission โครงการศรัทธาจุฬารินทร์ และโครงการจุฬารินทร์-EEC ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ ดังลิงก์ <https://forms.office.com/r/vhWAPLWjZd> หรือ QR Code



และส่งหลักฐานผ่านมาที่ E-mail: [rt@cra.ac.th](mailto:rt@cra.ac.th) ภายในวันอาทิตย์ ที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๖๖ เวลา ๑๖.๐๐ น. โดยมีเอกสาร ดังนี้

- ๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
- ๒) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
- ๓) สำเนาทะเบียนบ้านของบิดาหรือมารดา หรือผู้ปกครองตามกฎหมาย (ตามคำสั่งศาล) พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
- ๔) สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ และ/หรือ นามสกุล (ถ้ามี) พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
- ๕) สำเนาหลักฐานคุณวุฒิกการศึกษา ใบระเบียบนแสดงผลการเรียน (ปพ.๑) หรือ ใบรับรองผลการการศึกษา (ปพ.๗) พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
- ๖) ผลการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐ ตามรายการในแบบฟอร์ม (เอกสารแนบท้ายประกาศ ๔) หรือสามารถใช้ผลตรวจที่ตรวจไว้ไม่เกิน ๖ เดือนได้ และไม่จำเป็นต้องเป็นแบบฟอร์มตามเอกสารแนบ แต่ต้องมีรายละเอียดการตรวจตามแบบฟอร์มให้ครบถ้วน

ทั้งนี้หากตรวจพบข้อมูลที่เป็นเท็จ จะถือว่าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครสอบครั้งนี้มาตั้งแต่ต้นและผลการตัดสินของคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬารินทร์ ราชวิทยาลัยจุฬารินทร์ ถือว่าเป็นที่สิ้นสุด

รายงานผลการตรวจร่างกาย

โรงเรียนรังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ

เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาบุคคลเข้าศึกษาต่อหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค

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

โรงเรียน.....

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