



ราชวิทยาลัย  
จุฬารัง

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬารัง

**ประกาศ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ**

**เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์  
การเคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ TCAS รอบที่ ๒ การรับแบบ  
Quota (โครงการผู้สนใจทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗**

.....

ตามที่ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬารัง ได้เปิดรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตร  
วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ TCAS รอบที่ ๒ การรับแบบ Quota (โครงการผู้สนใจทางด้านวิทยาศาสตร์  
สุขภาพ) ระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๗ ถึง วันที่ ๑๗ เมษายน ๒๕๖๗ นั้น

บัดนี้ โรงเรียนวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้  
ประมวลผลผู้ผ่านการพิจารณาเพื่อเข้าสอบสัมภาษณ์เสร็จสิ้นแล้วจึงขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์  
หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์  
สุขภาพ TCAS รอบที่ ๒ การรับแบบ Quota (โครงการผู้สนใจทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ) ประจำปีการ  
ศึกษา ๒๕๖๗ จำนวน ๒ คน โดยมีรายละเอียดปรากฏตามเอกสารแนบท้าย

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิรพร เหล่าธรรมทัศน์)

คณบดีคณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

**รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต**  
**สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ**  
**คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ**  
**TCAS รอบที่ ๒ การรับแบบ Quota (โครงการผู้สนใจทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ)**  
**ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗**

ลำดับที่	คำนำหน้า	ชื่อ	นามสกุล	เวลาที่เข้าสัมภาษณ์
๑	นางสาว	ฐิรญาภัทร์	เรืองรุ่งชัยกุล	๑๐.๐๐ – ๑๑.๐๐ น.
๒	นางสาว	นัฏนรี	พิทักษ์ธรรม	

หมายเหตุ : ประกาศรายชื่อเรียงลำดับตามตัวอักษรพยัญชนะไทย

**สำหรับผู้สมัครที่มีสิทธิ์เข้ารับการสอบสัมภาษณ์ ขอให้ปฏิบัติ ดังนี้**

๑. ตรวจสอบลำดับของผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์โดยมีรายละเอียดตามตารางรายชื่อด้านบน
๒. ผู้สมัครต้องตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาล ที่สามารถเดินทางไปได้สะดวกและส่งผลตรวจพร้อมใบรับรองแพทย์มาที่ E-mail : [humankinetics@cra.ac.th](mailto:humankinetics@cra.ac.th) ภายในพฤหัสบดี ที่ ๒๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗ เวลา ๑๖.๐๐ น. หากไม่ส่งผลการตรวจร่างกายภายในวันและเวลาที่กำหนดถือว่าผู้สมัครสละสิทธิ์ในการเข้ารับการสอบสัมภาษณ์ (รายการตรวจตามเอกสารแนบท้ายประกาศ ๒)
๓. ผู้สมัครต้องเดินทางมาสอบสัมภาษณ์ในวันศุกร์ที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๗ ณ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ อาคารสำนักงานราชวิทยาลัยจุฬาภรณ โซน A สามารถนั่งรถได้ที่ ห้อง Co-working space ชั้น ๑ โดยเมื่อถึงเวลาการสอบสัมภาษณ์จะมีเจ้าหน้าที่เรียกชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ตามลำดับ (ที่อยู่ : ๙๐๖ ถนนกำแพงเพชร ๖ แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐)
๔. ขอให้ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ทุกท่าน วางแผนการเดินทางเพื่อเข้าสอบสัมภาษณ์ และมาถึงก่อนเวลาอย่างน้อย ๓๐ นาที
๕. เอกสารที่ต้องนำมา : เพิ่มสะสมผลงานและจดหมายแนะนำตัวเอง
๖. การแต่งกายเพื่อเข้าสอบสัมภาษณ์ ขอให้แต่งกายด้วยชุดสุภาพเรียบร้อย
๗. ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ที่ไม่เข้ารับการสอบสัมภาษณ์ในวันและเวลาดังกล่าว ถือเป็นการสละสิทธิ์

รายงานผลการตรวจร่างกาย  
 โรงเรียนวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
 วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์  
 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. การเอ็กซเรย์ปอด**

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