



ประกาศ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ
เรื่อง การรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรเทคโนโลยีมหาบัณฑิต
ภาคการศึกษา ๒/๒๕๖๘

.....

ด้วย คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์ มีความประสงค์จะเปิดรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาในหลักสูตรเทคโนโลยีมหาบัณฑิต ภาคการศึกษา ๒/๒๕๖๘

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๘ แห่งข้อบังคับราชวิทยาลัยจุฬารักษ์ ว่าด้วยหัวหน้าส่วนงานคณะกรรมการประจำส่วนงาน และการบริหารงานส่วนงานของราชวิทยาลัยจุฬารักษ์ พ.ศ. ๒๕๖๘ ข้อ ๑๒ แห่งประกาศวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬารักษ์ เรื่อง โครงสร้างการบริหารงานคณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ลงวันที่ ๒๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓ และคำสั่งราชวิทยาลัยจุฬารักษ์ ที่ ๑๑๒๘/๒๕๖๘ เรื่อง แต่งตั้งผู้รักษาการในตำแหน่งคณบดีคณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ลงวันที่ ๒๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบมติที่ประชุมสภาราชวิทยาลัยจุฬารักษ์ ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘ จึงประกาศรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรเทคโนโลยีมหาบัณฑิต ภาคการศึกษา ๒/๒๕๖๘ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. จำนวนรับเข้าศึกษา ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ที่ผ่านเกณฑ์การรับเข้า

๒. คุณสมบัติทั่วไปของผู้สมัคร

- ๒.๑ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดี
- ๒.๒ เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรง ไม่เป็นทุพพลภาพไร้ความสามารถ ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง หรือมีความผิดปกติที่จะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการปฏิบัติงาน
- ๒.๓ ไม่เคยต้องโทษตามคำพิพากษาของศาลถึงที่สุดให้จำคุกเว้นแต่ในกรณีมีความผิดอันกระทำโดยประมาทหรือความผิดอันเป็นลหุโทษ

๓. คุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัคร

- ๓.๑ เป็นผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค
- ๓.๒ มีผลสอบคะแนนการทดสอบภาษาอังกฤษ*

(๑) TOEFL

- TOEFL (PBT) ที่ระดับคะแนนตั้งแต่ ๕๐๐ คะแนนขึ้นไป
- TOEFL (IBT) ที่ระดับคะแนนตั้งแต่ ๖๕ คะแนนขึ้นไป
- TOEFL (ITP) ที่ระดับคะแนนตั้งแต่ ๕๐๐ คะแนนขึ้นไป

(๒) TOEIC ที่ระดับคะแนนตั้งแต่ ๖๕๐ คะแนนขึ้นไป

(๓) IELTS ที่ระดับคะแนนตั้งแต่ ๕.๕ คะแนนขึ้นไป

(๔) CU-TEP ที่ระดับคะแนนตั้งแต่ ๖๕ คะแนนขึ้นไป

- (๕) MU GRAD TEST ที่ระดับคะแนนตั้งแต่ ๖๐ คะแนนขึ้นไป
- (๖) MU Grad Plus ที่ระดับคะแนนตั้งแต่ ๗๐ คะแนนขึ้นไป
- (๗) KU-EPT ที่ระดับคะแนนตั้งแต่ ๕๐ คะแนนขึ้นไป
- (๘) TU-GET ที่ระดับคะแนนตั้งแต่ ๕๐๐ คะแนนขึ้นไป (Paper-based)
ที่ระดับคะแนนตั้งแต่ ๘๐ คะแนนขึ้นไป (Computer-based)
- (๙) CEFR ที่ระดับ C๑ ขึ้นไป

*หากไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

๔. เอกสารประกอบการสมัคร

เอกสารประกอบการสมัครมีดังนี้ โดยเอกสารประกอบการสมัครที่เป็นสำเนา ผู้สมัครโปรดลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

(๑) รูปถ่ายดิจิทัลของผู้สมัคร เป็นภาพเดี่ยวมีพื้นหลังสีขาว/สีฟ้า หน้าตรงเต็มหน้า สวมชุดสุภาพ ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตา และแว่นตาดำ ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน และจะต้องไม่ถูกปรับแต่งทางดิจิทัล เป็นไฟล์นามสกุล .jpg โดยมีขนาดความกว้าง ๑๘๐ x ๕๐๐ พิกเซล ความสูง ๒๐๐ x ๖๐๐ พิกเซล ขนาดของไฟล์ไม่เกิน ๒๔๐ KB

(๒) สำเนาบัตรประชาชน เฉพาะด้านหน้าที่มีภาพผู้สมัคร บนกระดาษขนาด A๔

(๓) สำเนาทะเบียนบ้านผู้สมัคร

(๔) หลักฐานแสดงคุณวุฒิการศึกษา

- ผู้สำเร็จการศึกษาแล้ว ให้ใช้สำเนาปริญญาบัตร

- ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษาสุดท้าย ให้ใช้หนังสือรับรองจากสถาบันการศึกษาว่ากำลังอยู่ในปีการศึกษาสุดท้าย

(๕) หลักฐานแสดงผลการศึกษา (Transcript)

- ผู้ที่สำเร็จการศึกษาแล้ว ให้ใช้สำเนารับทึบผลการการศึกษา (Transcript) ตลอดหลักสูตรอย่างละเอียดทุกปีการศึกษาที่มีแต่ระดับคะแนนเฉลี่ยสะสม

- ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษาสุดท้าย ให้ใช้สำเนารับทึบผลการการศึกษา (Grade Report)

(๖) สำเนาผลคะแนนการทดสอบภาษาอังกฤษอย่างใดอย่างหนึ่ง

(๗) ในกรณีที่ผู้สมัครมีชื่อและ/หรือนามสกุลตามบัตรประชาชนไม่ตรงกับวุฒิการศึกษา ให้ถ่ายสำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อและ/หรือนามสกุล บนกระดาษขนาด A๔

(๘) ผลการตรวจสอบสุขภาพ (ถ้ามี) โดยใช้ใบรายงานผลการตรวจตามเอกสารแนบท้ายประกาศ

๕. วิธีการรับสมัคร

การรับสมัครเข้าศึกษาให้ดำเนินการผ่านระบบการสมัครออนไลน์ โดยผู้สมัครเข้าเว็บไซต์ https://reg.cra.ac.th/cra_erp_edu/admission/index.php

เพื่อทำการกรอกข้อมูลตามรายละเอียดและขั้นตอนที่กำหนด โดยให้ตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนบันทึกการสมัคร (หลังบันทึกการสมัครแล้วจะไม่สามารถแก้ไขข้อมูลใด ๆ ได้)

- หากผู้สมัครพบปัญหาในการสมัคร ให้ติดต่อหลักสูตรเทคโนโลยีมหาบัณฑิต คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๒-๕๗๖-๖๐๐๐ ๑๑๑๘ ต่อ ๖๖๗๕

- การสมัครตามขั้นตอนข้างต้น ถือว่า ผู้สมัครเป็นผู้ลงลายมือชื่อและรับรองความถูกต้องของข้อมูลดังกล่าว ตามพระราชบัญญัติว่าด้วยธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. ๒๕๔๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ดังนั้น หากผู้สมัครจงใจกรอกข้อมูลอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดตามกฎหมาย หากตรวจสอบพบว่า ข้อความในใบสมัคร รวมทั้งเอกสารหลักฐานที่ใช้ประกอบการสมัครเป็นความเท็จหรือมีการปลอมแปลงเอกสาร ผู้สมัครจะถูกตัดสิทธิ์เข้าศึกษาใน ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ตลอดไป นอกจากนี้จะถูกลงโทษคดีตามกฎหมายด้วย

- ผู้สมัครต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบและรับรองตนเองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติตรงตามประกาศรับสมัคร และต้องกรอกรายละเอียดต่าง ๆ ให้ถูกต้องตามความเป็นจริง ในกรณีที่มีความผิดพลาดอันเกิดจากผู้สมัครหรือตรวจพบว่า เอกสารหลักฐาน ซึ่งผู้สมัครนํายื่นไม่ตรงหรือไม่เป็นไปตามประกาศรับสมัครของคณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ จะถือว่าผู้สมัครสอบเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครสอบครั้งนี้มาตั้งแต่ต้น

๖. ค่าธรรมเนียมค่าสมัคร

ค่าธรรมเนียมการสมัคร ๕๐๐ บาท ทั้งนี้ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ขอสงวนสิทธิ์จะไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมการสมัครแก่ผู้สมัครไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

๗. กำหนดการรับสมัครคัดเลือก

รายละเอียดการสมัครและการสอบคัดเลือกทุกขั้นตอน รวมทั้งเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสมัครสอบ ให้ศึกษาทางอินเทอร์เน็ต ที่ : https://reg.cra.ac.th/cra_erp_edu/admission/index.php

ลำดับ	กิจกรรมการรับสมัคร	วันที่
๑	ประกาศรับสมัครทางอินเทอร์เน็ต ที่ https://hst.pccms.ac.th	๑๕ ตุลาคม - ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๘
๒	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์	๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๘
๓	สอบสัมภาษณ์ (ออนไลน์)	๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๘
๔	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ที่ https://hst.pccms.ac.th	๖ มกราคม ๒๕๖๙
๕	- ขึ้นทะเบียนนักศึกษา ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ - ชำระค่าธรรมเนียมการขึ้นทะเบียนนักศึกษาแรกเข้า	ภายใน ๑๖ มกราคม ๒๕๖๙
๖	ส่งผลตรวจร่างกาย ทางอีเมล mtech@cra.ac.th ตามเอกสารแนบท้ายประกาศ	๒๓ มกราคม ๒๕๖๙
๗	ปฐมนิเทศ	๒๙ มกราคม ๒๕๖๙
๘	ลงทะเบียนเรียนและชำระเงินค่าลงทะเบียนเรียน	ภายใน ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙
๙	เปิดภาคเรียน	๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙

หมายเหตุ: ผลการตัดสินใจของคณะกรรมการคัดเลือกฯ ถือว่าเป็นที่สิ้นสุด

๘. เกณฑ์การพิจารณาผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์

ผู้ที่ได้รับการพิจารณาจะต้องมีคุณสมบัติทั่วไปและคุณสมบัติเฉพาะตามเกณฑ์ที่กำหนด

หมายเหตุ: ผลการตัดสินใจของคณะกรรมการคัดเลือกฯ ถือว่าเป็นที่สิ้นสุด

๙. เกณฑ์การพิจารณาผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

(๑) คะแนนเฉลี่ยสะสมระดับปริญญาตรี

(๒) ผลการทดสอบภาษาอังกฤษอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะหลักสูตรเทคโนโลยีมหาบัณฑิต

(๓) คะแนนสอบสัมภาษณ์ และความพร้อมในการเข้าศึกษา

(๔) ผลการตรวจร่างกาย

คณะกรรมการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรเทคโนโลยีมหาบัณฑิต คณะเทคโนโลยี

วิทยาศาสตร์สุขภาพ จะประมวลผลคะแนนเรียงลำดับคะแนนรวมจากมากไปหาน้อย ทั้งนี้ ผลการตัดสินของ คณะกรรมการคัดเลือกฯ ถือเป็นที่สิ้นสุด

๑๐. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาจะประกาศเรียงตามรหัสประจำตัวผู้สมัคร และประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาสำรองเรียงตามคะแนน เมื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาตัวจริงลงทะเบียน คณะกรรมการคัดเลือกฯ จะเรียกผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาสำรองเรียงตามคะแนนเพื่อเข้าศึกษาต่อไป

๑๑. การกรอกระเบียนประวัติและชำระค่าธรรมเนียมการศึกษา

ผู้ที่มีสิทธิ์เข้าศึกษาจะต้องกรอกข้อมูลประวัตินักศึกษาใหม่ (e-Profile) เพื่อรับรหัสประจำตัวนักศึกษาและชำระค่าธรรมเนียมการศึกษา ภายในวันที่กำหนด หากไม่ปฏิบัติตามจะถือว่าผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาลงทะเบียนการเข้าศึกษา และไม่สามารถเรียกร้องสิทธิ์ใด ๆ ทั้งสิ้น

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงยุวเรศมคฺฐ์ สิทธิชาญบัญชา)
รักษาการคณบดีคณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

รายงานผลการตรวจร่างกาย

คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรเทคโนโลยีมหาบัณฑิต

ชื่อ – นามสกุล.....วัน/เดือน/ปีเกิด..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

สำหรับแพทย์กรอกเท่านั้น

แพทย์ผู้ตรวจ (นายแพทย์/แพทย์หญิง).....

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

โรงพยาบาล.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

1. การตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก..... ส่วนสูง..... ค่า BMI..... หมู่โลหิต.....

ความดันโลหิต..... ชีพจร..... การหายใจ.....

2. การตรวจเลือด

Fasting Blood Sugar () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

BUN () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

Creatinine () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

CBC () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

3. การเอกซเรย์ปอด

Chest X-rays: PA () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

4. การตรวจตา

ตาบอดสี () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

Visual acuity test () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

5. การตรวจปัสสาวะ

Urinary analysis (UA) () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

6. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ตรวจ.....

หมายเหตุ โปรดประทับตราโรงพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ