



ที่ สธ ๐๒๒๘ / ๖๘๒

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๓  
อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ๖๐๐๐๐

๖ มีนาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความร่วมมือในการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (หลักสูตร ๑ ปี) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๒

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ ๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. ข้อมูลการสำรวจความต้องการตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาลฯ	จำนวน ๑ ชุด
	๒. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาฯ	จำนวน ๑ ชุด
	๓. แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐบาล	จำนวน ๑ ชุด
	๔. ข้อปฏิบัติในการรายงานตัวฯ	จำนวน ๑ ชุด
	๕. ระเบียบการแต่งกายของผู้ศึกษาฯ	จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายเพิ่มจำนวนการผลิตกำลังคนสายผู้ช่วยพยาบาล เนื่องจากในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีความต้องการกำลังคนด้านการพยาบาลมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นแต่ยังไม่สามารถผลิตพยาบาลวิชาชีพได้เพียงพอกับความต้องการ โดยเขตสุขภาพได้มีการสำรวจข้อมูลความต้องการและความสามารถในการจ้างงานตามความต้องการกำลังคน ที่จะสำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (หลักสูตร ๑ ปี) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ โดยสถาบันพระบรมราชชนก ได้อนุมัติโควตาจำนวน ๘๘ คน และสนับสนุนงบประมาณเพื่อการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (หลักสูตร ๑ ปี) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และมอบหมายให้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ เป็นผู้ดำเนินการเปิดอบรมหลักสูตรดังกล่าว

ในการนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๓ ขอให้ดำเนินการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (หลักสูตร ๑ ปี) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งจะจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี ในวันศุกร์ เวลา ๑๖.๐๐ - ๑๙.๐๐ น. วันเสาร์และอาทิตย์ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๗.๐๐ น. และภาคปฏิบัติงานเวร เข้า - บ่าย - ดึก ในระหว่างวันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒ - ๒๖ เมษายน ๒๕๖๓ โดยขอให้ส่งรายชื่อและใบสมัครผู้ได้รับการคัดเลือกให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๓ ภายในวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๒ และให้ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกไปรายงานตัว และเริ่มเข้าศึกษาที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ (อยู่ภายในศูนย์อนามัยที่ ๓) ในวันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๐๘.๐๐ น. ตามรายละเอียดสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายอดิสรณ์ วรรณะศักดิ์)  
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๓

งานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทรศัพท์ / โทรสาร ๐ ๕๖๒๒ ๔๔๒๖

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : ket3chro@hotmail.com

ข้อมูลการสำรวจความต้องการ ตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาล เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2562 - 2565

ลำดับ	หน่วยงาน	จำนวนที่มีอยู่จริงทั้งหมด	ความต้องการ (คน)
			ปี 62
1	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร	0	4
2	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี	6	0
3	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร	0	1
4	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์	2	8
5	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท	1	0
6	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	1	35
7	โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร	12	10
8	โรงพยาบาลอุทัยธานี	0	0
9	โรงพยาบาลพิจิตร	24	15
10	โรงพยาบาลกำแพงเพชร	0	15
	รวมทั้งหมด	46	88

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์  
คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (๑ ปี)

\*\*\*\*\*

๑. มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ หรือเทียบเท่าตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง
๒. มีคะแนนเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าไม่ต่ำกว่า ๒.๐๐
๓. เป็นเพศชายหรือหญิง อายุไม่ต่ำกว่า ๑๖ ปีบริบูรณ์ นับถึงวันเปิดการศึกษา  
(เปิดการศึกษา วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒)
๔. มีน้ำหนักตัวไม่น้อยกว่า ๔๐ กิโลกรัม ส่วนสูงไม่ต่ำกว่า ๑๕๐ เซนติเมตร
๕. มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และไม่ใช่อุปสรรคต่อการศึกษาหรือการปฏิบัติงาน



แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐบาล  
รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (๑ปี)  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

ส่วนที่ ๑ ผู้มีสิทธิเข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ(นาย,นาง,นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....สถานที่เกิด.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้าได้ตรวจว่าแพทย์ได้ลงผลการตรวจร่างกายครบทุกรายการ (ให้ลงรายการหลังจากแพทย์ลงความเห็นเรียบร้อยแล้ว)  
(ผลการตรวจที่ไม่ครบทุกรายการ อาจทำให้ท่านเสียสิทธิ์การผ่านผลการตรวจร่างกาย)

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิเข้าศึกษา

เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ  สมอ  หัวใจ  
 กระดูก  อื่นๆ ระบุ.....

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล คือ.....เมื่อ พ.ศ.....

ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ.....

ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ.....

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ.....

ชื่อมารดา.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ.....

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่าไม่ถูกต้อง  
หรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ.....

(ผู้มีสิทธิเข้าศึกษา)

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง)

**ส่วนที่ ๒ แพทย์เป็นผู้กรอก**

นายแพทย์,แพทย์หญิง.....นามสกุล.....  
 สถานที่ปฏิบัติงาน.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....ได้ตรวจร่างกายของ.....  
 แล้วได้ผลดังนี้

**ผลการตรวจร่างกาย**

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที

- |                               |  |                                  |           |
|-------------------------------|--|----------------------------------|-----------|
| ลักษณะรูปร่าง บุคลิกภาพ       | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| ลักษณะแขนและมือ               | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| ลักษณะขาและเท้า               | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| กระดูกและกล้ามเนื้อ           | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| การออกเสียงพูด                | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| ลักษณะในช่องปาก               | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| ลักษณะผิวหนัง                 | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| โรคเรื้อน                     | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น                   | <input type="checkbox"/> เป็น    | ระบุ..... |
| การเคลื่อนไหวของร่างกาย       | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| ระบบประสาท                    | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| โรคเท้าช้าง                   | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| โรคลมชัก                      | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| การมองเห็น(VA) ตาขวา          | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| การมองเห็น(VA) ตาซ้าย         | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี)       | <input type="checkbox"/> ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา |                                  |           |
|                               | <input type="checkbox"/> เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา    |                                  |           |
| ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูขวา  | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูซ้าย | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| การได้ยินหูขวา                | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| การได้ยินหูซ้าย               | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| จมูก                          | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| ต่อมไทรอยด์                   | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| ต่อมน้ำเหลือง                 | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| โรคจิต สุขภาพจิต              | <input type="checkbox"/> ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา |                                  |           |
|                               | <input type="checkbox"/> เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา    |                                  |           |
| โรคคนเผลอก                    | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น                   | <input type="checkbox"/> เป็น    | ระบุ..... |
| การทำงานของหัวใจ              | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ    | ระบุ .....   |                                  |           |

.....  
 .....  
 .....

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)**

Urine analysis (UA)

- Albumin  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....
- Sugar  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....
- Sediments  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....
- สารเสพติด (มอร์ฟิน,แอมเฟตามีน หรืออื่นๆ อย่างน้อย ๑ ประเภท)  
 ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

Complete blood count (CBC)

- Hemoglobin  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....
- Hematocrit  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....
- Red blood cell morphology
- Anisocytosis  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....
- Poikilocytosis  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....
- Hypochromia  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....
- Microcytosis  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....
- Macrocytosis  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

White blood cell count

- Neutrophil  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....
- Basophl  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....
- Eosinophil  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....
- Lymphocyte  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....
- Monocyte  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....
- Platelets  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

**ผลการตรวจทางรังสีวิทยา**

- Chest X-rays  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย,นาง,นางสาว .....นามสกุล.....  
มีสุขภาพอยู่ในประเภท  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

ลงชื่อ.....  
(.....)  
แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาลของรัฐ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์  
ข้อปฏิบัติในการรายงานตัวเข้าศึกษา  
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (๑ปี)

\*\*\*\*\*

๑. วันรายงานตัว วันพฤหัสบดีที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๒
  - ๐๘.๐๐ - ๐๙.๐๐ น. รับลงทะเบียน และซื้อกระดุม เข็มขัด และเครื่องหมายวิทยาลัยฯ
  - ๐๙.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. กิจกรรมเตรียมความพร้อมในการศึกษาวันศุกร์ที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒
  - ๐๙.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. กิจกรรมเตรียมความพร้อมในการศึกษา
  - ๑๖.๐๐ - ๑๙.๐๐ น. เรียนภาคทฤษฎี
๒. สถานที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ วิทยาเขต นครสวรรค์  
ด้านหลังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์
๓. การแต่งกาย เสื้อสีขาวมีปก กางเกงวอร์ม/สแล็คสีดำ รองเท้าผ้าใบสีขาว
๔. หลักฐานการรายงานตัว เรียงตามลำดับให้เรียบร้อยก่อนส่งกรรมการ  
(โดยแยกฉบับจริงและสำเนาอย่างละ ๑ ชุด) โดยลงลายมือชื่อรับรองสำเนาเอกสารทุกฉบับ
  - ๔๑ ระเบียบการเรียน หลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
  - ๔๒ บัตรประจำตัวประชาชนของนักศึกษา
  - ๔๓ บัตรประชาชนของบิดา มารดา หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรม (ให้เจ้าของบัตรเป็นผู้รับรองสำเนา  
เท่านั้น)
  - ๔๔ บัตรประชาชนของบิดา มารดา หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรม (ให้เจ้าของบัตรเป็นผู้รับรองสำเนา  
เท่านั้น)
  - ๔๕ ทะเบียนบ้านของบิดา มารดา หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรม (ให้เจ้าของบัตรเป็นผู้รับรองสำเนา  
เท่านั้น)
  - ๔๖ หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์  
ระเบียบการแต่งกายของนักศึกษา  
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (๑ปี)

\*\*\*\*\*

การแต่งกายภาคทฤษฎี

๑. นักศึกษาหญิง ในเวลาราชการและเวลาเรียน

- ๑.๑ เสื้อเชิ้ตแขนสั้นสีขาว เนื้อข้อศอกเล็กน้อย ผ่าหน้า หลวม ไม่แนบลำตัวติดกระดุม เครื่องหมายสถาบัน ๕ เม็ด ติดเข็มสถาบัน และป้ายชื่อที่อกซ้าย
- ๑.๒ กระโปรงสีดำหรือสีกรมท่าสุภาพ ไม่แหวกหรือผ่า ยาวคลุมเข่า
- ๑.๓ เข็มเครื่องหมายตราสัญลักษณ์ของวิทยาลัยระดับอกเสื้อด้านขวา
- ๑.๔ เข็มขัดหนังสีดำ หัวโลหะเครื่องหมายสถาบัน
- ๑.๕ รองเท้าหนังหุ้มส้นสีดำ สูงไม่เกิน ๑.๕ นิ้ว (ตามแบบที่วิทยาลัยฯ กำหนด)
- ๑.๖ ผู้ที่ผอมยาว ให้รวบผมและผูกโบว์สีดำให้เรียบร้อย

๒. นักศึกษาชาย ในเวลาราชการและเวลาเรียน

- ๒.๑ เสื้อเชิ้ตแขนสั้นสีขาว เนื้อข้อศอกเล็กน้อยหรือแขนยาว ผ่าหน้า หลวม ติดเข็มสถาบันติดป้ายชื่อด้านซ้ายเหนือกระเป๋า
- ๒.๒ กางเกงขายาวสีดำ หรือสีกรมท่า ทรงสุภาพ (ไม่อนุญาตให้นุ่งกางเกงยีนส์) มีกระเป๋า ด้านข้าง กระเป๋าหลัง เจาะ ๒ ใบ
- ๒.๓ เข็มขัดหนังสีดำ หัวโลหะเครื่องหมายสถาบัน
- ๒.๔ ผูกเนคไทสีกรมท่า หรือ สีดำ
- ๒.๕ ตัดผมสั้น ทรงสุภาพหรือรองทรง
- ๒.๖ รองเท้าหนังหุ้มส้นสีดำ ถักเท้าสีสุภาพ



นักศึกษาหญิง



นักศึกษาชาย