



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร
เรื่อง การรับสมัครคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๗
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ (ประเภทโครงการทุน ๙ หมอ และโครงการทั่วไป)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการผลิตบุคลากรผู้ช่วยพยาบาลตามหลักสูตรปรับปรุง (พ.ศ. ๒๕๖๗) เพื่อมุ่งพัฒนา ผู้เรียนให้มีศักยภาพในการช่วยเหลือดูแลบุคคลทั้งในสถานพยาบาล และในชุมชนนั้น จึงกำหนดให้มีการรับสมัคร และคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๗ (ประเภทโครงการทุน ๙ หมอ และ โครงการทั่วไป) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ ประเภทโครงการทุน ๙ หมอ โควตาจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๙ จำนวน ๔๕ คน (จังหวัดสุรินทร์ จำนวน ๒๒ คน จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน ๒๓ คน) และโครงการทั่วไป จำนวน ๒๕ คน รวมจำนวนทั้งสิ้น ๗๐ คน

ข้อ ๑ คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์สมัครเข้าศึกษา (ประเภทโครงการทุน ๙ หมอ)

๑.๑ มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม. ๖) หรือเทียบเท่า ตาม หลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรองวุฒิ กศน. ปวช. ปวส. อนุปริญญา ปริญญาตรี สมัครได้และไม่จำกัดเกรดเฉลี่ย

๑.๒ มีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๖ ปีบริบูรณ์ นับถึงวันเปิดการศึกษา

๑.๓ สุขภาพสมบูรณ์ ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ไม่ติดสารเสพติดให้โทษหรือโรคพิษสุรา เรื้อรัง หรือมีความผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหรือการปฏิบัติงาน

๑.๔ เป็นผู้มิใช่ภูมิลำเนาในทะเบียนบ้านเขตสุขภาพที่ ๙ เป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑ ปี นับถึง วันสมัคร ได้แก่ จังหวัดสุรินทร์ จังหวัดบุรีรัมย์

ข้อ ๒ ข้อกำหนดการสอบรับทุน

๒.๑ ผู้มีทะเบียนบ้านภูมิลำเนาในจังหวัดนั้น สามารถสมัครเลือกสมัครสอบรับทุน ๙ หมอ ได้ในทุกสถานบริการที่ได้รับจัดสรรทุนในพื้นที่จังหวัดตามภูมิลำเนาของตนเอง

๒.๒ ผู้สอบรับทุนได้เข้าศึกษา ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร ปีการศึกษา ๒๕๖๙ ระยะเวลาเข้าศึกษา ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๙ - เดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๗๐

๒.๓ ผู้ได้รับทุนโครงการทุน ๙ หมอ เป็นทุนให้เปล่ามี โควตาการจ้างงานและเรียนฟรี มีข้อผูกพันการจ้างงานเมื่อสำเร็จการศึกษาต้องทำงานชดใช้ทุนในสถานบริการที่รับทุนเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๑ ปี ยกเว้น ในกรณีที่สถานบริการที่รับทุนไม่ประสงค์จ้างงานหรือไม่มีงบประมาณจ้าง ผู้รับทุนสามารถเลือก ทำงานได้อย่างอิสระ

ข้อ ๓ คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์สมัครเข้าศึกษา (ประเภทโครงการทั่วไป)

๓.๑ มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม. ๖) หรือเทียบเท่า ตาม หลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง วุฒิ กศน. ปวช. ปวส. อนุปริญญา ปริญญาตรี สมัครได้และไม่จำกัด เกรดเฉลี่ย

๓.๒ มีอายุ...

๓.๒ มีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๖ ปีบริบูรณ์ นับถึงวันเปิดการศึกษา

๓.๓ สุขภาพสมบูรณ์ ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ไม่ติดสารเสพติดให้โทษหรือโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือมีความผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหรือการปฏิบัติงาน

ข้อ ๔ ระยะเวลาการศึกษา

๔.๑ ระยะเวลาการศึกษา ระยะเวลาในการศึกษาตลอดหลักสูตร ๑ ปี

๔.๒ กำหนดเปิดภาคการศึกษา เปิดภาคการศึกษา เดือน กรกฎาคม ๒๕๖๔

ข้อ ๕ สถานศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ข้อ ๖ ขั้นตอนการดำเนินการสมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษา

๖.๑ การสมัคร

๖.๑.๑ การสมัครช่องทางที่ ๑ ผู้สมัครสามารถมายื่นเอกสารใบสมัครและเอกสารหลักฐานประกอบการสมัครสอบคัดเลือกด้วยตนเองที่จุดรับสมัคร ณ อาคาร ๒ ชั้น ๒ งานทะเบียนวัดและประเมินผล และชำระค่าสมัครสอบคัดเลือก จำนวน ๓๕๐ บาท ที่ห้องงานการเงิน อาคาร ๔ ชั้น ๑ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ในระหว่างวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๔ ถึง วันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๔ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น. (ยกเว้นวันหยุดราชการ)

๖.๑.๒ การสมัครช่องทางที่ ๒ ผู้สมัครสามารถส่งเอกสารใบสมัครและเอกสารหลักฐานประกอบการสมัครสอบคัดเลือกทางไปรษณีย์ EMS ระหว่างวันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๔ ยึดวันประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ โดยระบุผู้รับตามชื่อ

ส่ง คุณพานี เหลือสุข
เจ้าหน้าที่ธุรการหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
เลขที่ ๓๒๐ ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง
อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์
รหัสไปรษณีย์ ๓๒๐๐๐
โทร ๐๔๔-๕๑๔๔๒๒ ต่อ๒๒๐๒ ,๐๘๓-๔๖๗๕๔๕๖

๖.๑.๓ การสมัครช่องทางที่ ๓ ผู้สมัครสามารถสมัครในระบบออนไลน์ผ่าน link รับสมัคร หรือจาก QR Code รับสมัคร โดยแนบภาพสแกนหลักฐานการสมัครและหลักฐานการชำระเงินลงใน link ระบบสมัครและนำใบสมัครและเอกสารหลักฐานประกอบการสมัครสอบคัดเลือกฉบับจริงมายื่นต่อคณะกรรมการคุมสอบในวันสอบข้อเขียนและสอบสัมภาษณ์ วันอาทิตย์ที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๔



QR Code รับสมัคร



QR Code ใบสมัคร



QR Code กลุ่ม Line การสมัคร

หรือ link รับสมัคร <https://forms.gle/BpKsjLpi3sWAJDOC6>

๖.๒ ผู้สมัครทางไปรษณีย์ EMS และผู้สมัครในระบบออนไลน์ชำระค่าสมัคร ๓๕๐ บาท หลักฐานการโอนเงินค่าสมัคร (แนบเป็นไฟล์ PDF หรือ รูปภาพ เท่านั้น) การจ่ายค่าสมัคร จำนวน ๓๕๐ บาท โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทยผ่าน application krungthai next เลือก จ่ายบิล และระบุรหัส comcod ๘๖๖๕๔ โดย ref ๑. ให้ระบุ เลขที่บัตรประชาชน ref ๒. ให้ระบุ ผช.รุ่น ๗

ข้อ ๗ การสอบข้อเขียนและสอบสัมภาษณ์

๗.๑ ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบข้อเขียนและสอบสัมภาษณ์ ใน Face Book Page วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ และเว็บไซต์วิทยาลัย www.bcnsurin.ac.th ภายในวันศุกร์ที่ ๓ เมษายน ๒๕๖๔

๗.๒ สอบข้อเขียน วันอาทิตย์ที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๔ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ ห้องเรียน ๒๓๐๗ อาคาร ๒ ชั้น ๒ และสอบสัมภาษณ์ เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. ณ ห้องประชุมราชวดี อาคาร ๒ ชั้น ๒ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

๗.๓ ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาที่เว็บไซต์วิทยาลัย www.bcnsurin.ac.th ในวันอังคารที่ ๗ เมษายน ๒๕๖๔ ภายในเวลา ๑๖.๐๐ น.

ข้อ ๘ ค่าธรรมเนียมการศึกษาตลอดหลักสูตร

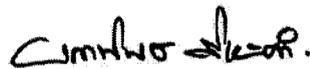
ค่าใช้จ่าย : ค่าลงทะเบียนเรียนตลอดหลักสูตร ๔๕,๐๐๐ บาท

๘.๑ โครงการทุน ๙ หมอ ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกประเภท ของสถาบันพระบรมราชชนก เรียนฟรี ไม่ต้องชำระค่าลงทะเบียนตามที่สถาบันกำหนด

๘.๒ โครงการทั่วไป ที่ผ่านการคัดเลือก ชำระค่าลงทะเบียนเรียนเองตลอดหลักสูตร ๔๕,๐๐๐ บาท

ทั้งนี้ผู้สนใจสามารถติดตามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ เว็บไซต์วิทยาลัย www.bcnsurin.ac.th
โทร. ๐๔๔-๕๑๔๔๒๒ ต่อ ๒๒๐๒, ๐๘๓-๔๖๗๕๕๖

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ผกาทิพย์ สิงห์คำ)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ติดรูปผู้สมัคร

เลขที่ใบสมัคร.....

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ใบสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ 7 ปีการศึกษา 2569

ประเภทการสมัคร

1. นักเรียนทุนโครงการทุน 9 หมอ จังหวัด รพสต/สอน.....

2. โครงการทั่วไป.....

ชื่อผู้สมัคร นาย/ นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

ประวัติการศึกษา จบการศึกษาชั้น ม.6/เทียบเท่า /วุฒิกศน. /ปวช. /ปวส. /อนุปริญญา /ปริญญาตรี ตาม

หลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง เมื่อ พ.ศ.....เกรดเฉลี่ยสะสม.....

จากสถาบันการศึกษา(โรงเรียน/วิทยาลัย/มหาวิทยาลัย).....

จังหวัด.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

คุณสมบัติผู้สมัคร

1. มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) หรือเทียบเท่าตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง

2. มีอายุไม่ต่ำกว่า 16 ปี บริบูรณ์ นับถึงวันเปิดการศึกษา

3. สุขภาพสมบูรณ์ ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ไม่ติดสารเสพติดให้โทษหรือโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือมีความผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหรือการปฏิบัติงาน

4. โครงการทุน 9 หมอเป็นผู้มีภูมิลำเนาในทะเบียนบ้านเขตสุขภาพที่ 9 เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี นับถึงวันสมัคร ได้แก่ จังหวัดสุรินทร์ จังหวัดบุรีรัมย์ ส่วนโครงการทั่วไปไม่จำกัดภูมิลำเนา

หลักฐานการสมัคร

- | | |
|---|--------|
| <input type="checkbox"/> 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> 2. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ/ชื่อสกุล (ถ้ามี) | 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> 3. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร | 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> 4. สำเนาใบระเบียบแสดงผลการเรียน (รบ.3 หรือ ปพ.1) | 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> 5. ตีตรูปถ่ายหน้าตรงผู้สมัคร ขนาด 1 นิ้ว | 1 รูป |

หมายเหตุ สำเนาเอกสารต้องลงนามรับรองทุกฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลข้างต้นนี้ เป็นความจริงทุกประการ หากมีการตรวจสอบเอกสารและพบว่าข้าพเจ้ามี คุณสมบัติหรือให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง ให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติและข้าพเจ้าจะไม่ขอใช้สิทธิ์เรียกร้องใด ๆ (ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบข้อเขียนทาง www.bccnsurin.ac.th ในวันศุกร์ที่ 3 เมษายน 2569)

ลงชื่อผู้สมัคร.....

ลงชื่อผู้รับสมัคร.....

(.....)

(.....)

วันที่.....

วันที่.....