



ประกาศโรงพยาบาลวังเจ้า

เรื่อง รับสมัครเพื่อคัดเลือกนักเรียนทุนการศึกษาพระเมตตาสมเด็จพระเจ้า
เข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓

ด้วยโรงพยาบาลวังเจ้า ร่วมกับโครงการพระเมตตาสมเด็จพระเจ้าภายใต้ทุนการกุศลสมเด็จพระเจ้า
มีวัตถุประสงค์มุ่งเน้นผู้ที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่ทุรกันดาร ห่างไกล ยากต่อการเข้าถึงและเมื่อสำเร็จการศึกษา
กลับมาปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยได้รับการจัดสรรโควตาเพื่อเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
ณ สถานศึกษาในสังกัดสถาบัน พระบรมราชชนก ดังต่อไปนี้

๑. หลักสูตรที่เปิดรับสมัคร

๑.๑ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน ๑ ทุน

โดยผู้ได้รับทุนจะได้ที่นั่งเรียนพร้อมทั้งทุนการศึกษาและค่าใช้จ่ายรายเดือน
แบบต่อเนื่องตลอดหลักสูตรจากโครงการพระเมตตาสมเด็จพระเจ้า

๒. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัครสอบ

๒.๑ คุณสมบัติทั่วไป

๒.๑.๑ ไม่มีสถานะเป็นข้าราชการ

๒.๑.๒ เป็นผู้มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านอยู่ในอำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก ไม่น้อย
กว่า ๑ ปี (ภูมิลำเนาทุรกันดาร พื้นที่สูงจะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ)

๒.๑.๓ เป็นผู้มีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๖ ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน ๓๕ ปีบริบูรณ์ นับถึงวัน
เปิดภาคการศึกษา

๒.๑.๔ เป็นผู้มีสุขภาพร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ มีบุคลิกภาพที่เหมาะสม
มีจิตใจรักในวิชาชีพด้านสาธารณสุข ไม่มีความพิการ หรือผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ อันเป็น
อุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบวิชาชีพ

๒.๑.๕ เป็นผู้มีคุณสมบัติดี แต่ขาดทุนทรัพย์ ไม่เคยมีชื่อเสียงเสียหาย ไม่เคยถูก
ลงโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิด
ลหุโทษ

๒.๑.๖ ถ้าเป็นชายต้องไม่เป็นผู้ถูกคัดเลือกเข้ารับราชการทหารในเดือนเมษายน ๒๕๖๓
และไม่เป็นภิกษุสามเณร ตามคำสั่งมหาเถรสมาคม เรื่อง ห้ามภิกษุ สามเณร เรียนวิชาชีพ หรือสอบแข่งขัน หรือ
สอบคัดเลือกอย่างคฤหัสถ์ พ.ศ. ๒๕๓๘

๒.๒ คุณสมบัติเฉพาะ

๒.๒.๑ ต้องมีส่วนสูงไม่ต่ำกว่า ๑๕๐ เซนติเมตร

๒.๓ คุณสมบัติทางการศึกษา

๒.๓.๑ เป็นผู้กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ หรือเป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาชั้น
มัธยมศึกษาปีที่ ๖ โดยได้ศึกษารายวิชาในหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลายของกระทรวงศึกษาธิการที่เน้น
โปรแกรมคณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

๒.๓.๑.๑ หลักสูตรการศึกษาในโรงเรียนที่ใช้หลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลาย
พุทธศักราช ๒๕๒๔ (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๓๓) ในหมวดวิชาเลือกเสรีให้รวมวิชาวิทยาศาสตร์(โครงสร้าง ๒)

๒๕ หน่วยการเรียนรู้ หรือวิชาวิทยาศาสตร์(โครงสร้าง ๓) ๒๑ หน่วยการเรียนรู้ วิชาคณิตศาสตร์(โครงสร้าง ๑)
๑๕ หน่วยการเรียนรู้ และวิชาภาษาอังกฤษ ๑๒ หน่วยการเรียนรู้

๒.๓.๑.๒ หลักสูตรการศึกษาในโรงเรียนที่ใช้หลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน
พุทธศักราช ๒๕๔๔ หรือหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช ๒๕๕๑ กลุ่มสาระการเรียนรู้
วิทยาศาสตร์ ต้องเรียนรายวิชาพื้นฐานและรายวิชาเพิ่มเติม รวมกันไม่น้อยกว่า ๒๒ หน่วยกิต กลุ่มสาระการ
เรียนรู้คณิตศาสตร์ ต้องเรียนรายวิชาพื้นฐานและรายวิชาเพิ่มเติม รวมกันไม่น้อยกว่า ๑๒ หน่วยกิต กลุ่มสาระ
การเรียนรู้ภาษาอังกฤษ ต้องเรียนรายวิชาพื้นฐานและรายวิชาเพิ่มเติม รวมกันไม่น้อยกว่า ๙ หน่วยกิต

๒.๓.๑.๓ มีผลการทดสอบทางการศึกษาขั้นพื้นฐานและชั้นสูงเพื่อสมัครเข้า
ศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาของสถาบันทดสอบการศึกษาแห่งชาติและสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาที่
กำหนดไว้ในการศึกษาในหลักสูตร ดังนี้

- ผลการทดสอบทางการศึกษาขั้นพื้นฐาน (O-NET) ใน ๕ กลุ่มสาระหลัก
- ผลการทดสอบความถนัดทั่วไป (GAT)
- ผลการทดสอบความถนัดเฉพาะด้าน (PAT ๒ วัดศักยภาพทางวิทยาศาสตร์)
- ผลการเรียนสะสมในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (GPAX)

๒.๔ คุณสมบัติด้านสุขภาพผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา จะต้องไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ และไม่
เป็นโรคประจำตัวซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้

๒.๔.๑ โรคหัวใจที่มีพยาธิสภาพที่หัวใจ ทั้งชนิดเป็นมาแต่กำเนิดและมาเป็นภายหลัง
จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

๒.๔.๒ มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๒.๔.๒.๑ ตาบอดแม้แต่ข้างเดียว

๒.๔.๒.๒ ตาบอดสี โดยเฉพาะแม่สีหรือตาบอดสีชนิดรุนแรง ซึ่งได้รับการ

ตรวจอย่างละเอียดแล้ว

๒.๔.๒.๓ ระดับการมองเห็นในตาข้างใดข้างหนึ่ง เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว
ยังมีสายตาดำกว่า ๖/๑๒ หรือ ๒๐/๔๐

๒.๔.๒.๔ ตาพิการ หรือมีความผิดปกติ เช่น ตาเหล่

๒.๔.๓ หูหนวก ชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือหูตึงที่ใช้เครื่องช่วยฟัง
(Hearing aid) แล้วการได้ยินไม่ปกติ แม้แต่ข้างเดียว หรือโรคหูอื่นๆ ซึ่งแพทย์เฉพาะทางและคณะกรรมการ
หรือคณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

๒.๔.๔ วัณโรคปอดในระยะติดต่อเรื้อรัง หรือโรคติดต่อในระยะอันตรายที่จะมีผลต่อ
ผู้รับบริการ หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

๒.๔.๕ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการตรวจร่างกาย
เห็นว่ามีแนวโน้มเกิดอันตรายจากความเครียดระหว่างศึกษา

๒.๔.๖ โรคไตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

๒.๔.๗ โรคเบาหวานทุกระดับ ซึ่งคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการตรวจร่างกาย
เห็นว่ามีแนวโน้มเกิดอันตราย

๒.๔.๘ มีความผิดปกติทางจิตซึ่งควรได้รับการบำบัดรักษา หรือมีสุขภาพจิตไม่
สมบูรณ์ ซึ่งคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

๒.๔.๙ เสพสารเสพติดทุกชนิด และโรคพิษสุราเรื้อรัง

๒.๔.๑๐ โรคคนเผือก ที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการปฏิบัติงาน เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่ร่างกายอ่อนแอและติดเชื้อได้ง่าย

๒.๔.๑๑ โรคและอาการอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการปฏิบัติงานทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น

๒.๔.๑๑.๑ ร่างกายต้องไม่ผิดปกติ หรือพิการจนเสียบุคลิกลักษณะ เช่น ศีรษะ และส่วนประกอบของใบหน้าผิดปกติ แขน ขา มือ หรือเท้าผิดปกติ ซึ่งคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน

๒.๔.๑๑.๒ กระจก หรือกล้ามเนื้อบางส่วนมีความพิการที่มีผลกระทบต่อสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น เท้าปุก อัมพาตหรือมีกล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง ทำให้เสียบุคลิกภาพ ซึ่งคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน

๒.๔.๑๑.๓ โรคเรื้อน หรือโรคผิวหนัง ที่มีความผิดปกติเห็นเด่นชัดจนเสียบุคลิกภาพ

๒.๔.๑๑.๔ โรคเท้าช้าง

๒.๔.๑๑.๕ โรคลมชัก ที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อันจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เว้นแต่โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย ๓ ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้

๓. การรับสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับทุนสามารถยื่นใบสมัครได้ตั้งแต่วันที่ ๒๐ - ๒๔ มกราคม ๒๕๖๓ ในวันและเวลาราชการ (๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. และ ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.) ณ งานธุรการ โรงพยาบาลวังเจ้า ชั้น ๒

๔. เอกสารและหลักฐานประกอบการสมัคร

๔.๑ ใบสมัครพร้อมติดรูปถ่าย ๑X๑.๕ นิ้ว ไม่สวมหมวกและไม่สวมแว่นตาดำ ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน (นับถึงวันสมัคร) ลงลายมือในใบสมัครให้ครบถ้วน

๔.๒ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร และหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล (ถ้ามี) พร้อมสำเนา

๔.๓ ทะเบียนบ้านตัวจริงของผู้สมัคร พร้อมสำเนา

๔.๔ ใบทะเบียนแสดงผลการเรียน (รบ.๑หรือ ปพ.๑) ๕ ภาคการศึกษา

๔.๕ ใบรับรองหน่วยกิตสำหรับผู้ที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ ที่แสดงจำนวนหน่วยการเรียนรู้กลุ่มสาระการเรียนรู้วิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ และภาษาอังกฤษ ในภาคการศึกษาที่ ๒ จากสถานศึกษา

สำเนาเอกสารทุกฉบับให้เขียนรับรอง "สำเนาถูกต้อง" ลงชื่อกำกับไว้ในเอกสารทุกฉบับ

๕. เงื่อนไขการสมัคร ผู้สมัครต้องตรวจสอบและรับรองตนเองว่ามีคุณสมบัติตรงตามประกาศรับสมัครจริง รวมทั้งกรอกรายละเอียดต่างๆ ให้ถูกต้องครบถ้วน ตรงตามความจริง ในกรณีที่มีความผิดพลาดอันเกิดจากผู้สมัครสอบ จะถือว่าผู้นั้นขาดคุณสมบัติในการสมัครมาตั้งแต่ต้น

๕. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน

เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วต้องกลับไปปฏิบัติงาน ณ พื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร (บ้านปางสังกะสี - ผาผึ้ง) อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก ตามระยะเวลาที่หน่วยบริการกำหนด (ระยะเวลา ๖ ปี)

๖. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก

คณะกรรมการโรงพยาบาลวังเจ้า จะดำเนินการสอบสัมภาษณ์ ในวันจันทร์ที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๓ และคัดเลือกให้เหลือ ๓ คน (เพื่อรอสอบสัมภาษณ์จากคณะกรรมการของหน่วยงานที่ให้ทุนการศึกษาพระเมตตาสมเด็จย่า ๑ คน)

๗. โรงพยาบาลวังเจ้า จะประกาศรายชื่อผู้ได้รับคัดเลือก ในวันที่ ๒๘ มกราคม ๒๕๖๓

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓



(นายพิจารณ์ สารเสวก)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังเจ้า



ใบสมัครสอบคัดเลือกเข้ารับนักเรียนทุนการศึกษาพระเมตตาสมเด็จพระเจ้า
 เข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓

๑. ชื่อผู้สมัคร.....นามสกุล.....อายุ.....ปี.....เดือน

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

สัญชาติ..... วัน เดือน ปีเกิด.....เดือน.....พ.ศ.....

น้ำหนัก.....ก.ก.ส่วนสูง.....เซนติเมตร

๒. บิดาผู้ให้กำเนิดชื่อ.....นามสกุล.....

สัญชาติ.....อาชีพ.....สถานที่ทำงาน..... ยังมีชีวิตอยู่

๓. มารดาผู้ให้กำเนิดชื่อ.....นามสกุล.....

สัญชาติ.....อาชีพ.....สถานที่ทำงาน..... ยังมีชีวิตอยู่

๔. ผลการศึกษา/คะแนนวิชาการ

สำเร็จการศึกษาชั้น.....ปีการศึกษา.....จากโรงเรียน.....จังหวัด.....

๔.๑ GPAX ๖ ภาคเรียน =

๔.๒ GAT ครั้งที่/ปี พ.ศ..... =

๔.๓ PAT๒ ครั้งที่/ปี พ.ศ..... =

ผู้ใช้ (Username).....รหัสผ่าน(PASSWORD).....

๔.๔ O-NET ปี.....

รหัส ๐๑ รหัส ๐๒ รหัส ๐๓

รหัส ๐๔ รหัส ๐๕

รหัส ๐๖ (สุขศึกษา=..... ศิลปะ =..... การงานอาชีพ =))

๕. ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

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

โทร.....โทรสาร.....E-mail.....

๖. บุคคลที่ติดต่อได้สะดวกกรณีฉุกเฉิน

ชื่อ.....นามสกุล.....เกี่ยวข้องเป็น.....

เบอร์โทรติดต่อมือถือ.....E-mail.....

ข้าพเจ้าขอให้รับรองว่า ข้อความและหลักฐานการสมัครเป็นความจริง ทุกประการ หากปรากฏว่า เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินดีให้คณะกรรมการฯ ตัดสิทธิ์การสมัครเข้าคัดเลือกเข้ารับนักเรียนทุนการศึกษาพระเมตตา สมเด็จพระเจ้า เข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินดีที่จะให้ ชื่อผู้ใช้(Username) รหัสผ่าน(PASSWORD) เพื่อให้โรงพยาบาลวังเจ้าใช้ในการทดสอบทานคะแนนวิชาการ ของข้าพเจ้าเท่านั้น

ลงชื่อผู้สมัคร.....ผู้สมัครสอบ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....