



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ระเบียบการรับสมัครสอบคัดเลือกเข้าอบรม
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
ประจำปีการศึกษา 2570

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประกาศคณะพยาบาลศาสตร์
เรื่อง การรับสมัครสอบคัดเลือกเข้าอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
ประจำปีการศึกษา 2570

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มีความประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกเข้าอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ประจำปีการศึกษา 2570 ระหว่างวันที่ 24 กันยายน พ.ศ.2569 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2570

1. ลักษณะของหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (หลักสูตร 1 ปีการศึกษา : 3 ภาคการศึกษา)

เมื่อสำเร็จการอบรมจะได้รับ “ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล” สามารถปฏิบัติงานผู้ช่วยพยาบาลได้ทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน และยังมีโอกาสเข้ารับการสอบคัดเลือกเข้าศึกษาต่อระดับปริญญาตรีในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สถานที่การอบรม

- ภาคทฤษฎี ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จังหวัดนครนายก
- ภาคปฏิบัติ ณ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน และพื้นที่ใกล้เคียงมหาวิทยาลัย

2. คุณสมบัติทั่วไปของผู้มีสิทธิ์สมัคร

- 2.1 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) ตามหลักสูตรกระทรวงศึกษาธิการหรือเทียบเท่า หรือ
- 2) ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) หรือ 3) ระดับปริญญาตรี ขึ้นไป
- 2.2 ไม่จำกัดเพศ อายุ เชื้อชาติ โดยต้องอาศัยอยู่ในประเทศไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย
- 2.3 สามารถใช้และสื่อสารภาษาไทยเป็นอย่างดี
- 2.4 ไม่เคยกระทำความผิด
- 2.5 สุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นอุปสรรคในการศึกษา
- 2.6 เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อยและรับรองต่อคณะพยาบาลศาสตร์ได้ว่าจะตั้งใจศึกษาเล่าเรียนเต็มความสามารถและจะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของคณะพยาบาลศาสตร์ที่มีอยู่แล้วหรือที่จะมีต่อไปโดยเคร่งครัดทุกประการ

3. การสมัคร สมัครผ่านระบบออนไลน์ ระหว่างวันที่ 24 กันยายน พ.ศ.2569 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ.2570
<https://forms.gle/eTEaEZkSoV5zgmk58>



เอกสารประกอบการสมัคร

- 1) สำเนาบัตรประชาชน ลงนามรับรองสำเนาเอกสาร
- 2) สำเนาทะเบียนบ้าน ลงนามรับรองสำเนาเอกสาร
- 3) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ถ้ามี) ลงนามรับรองสำเนาเอกสาร
- 4) สำเนาหนังสือแสดงผลการศึกษา ลงนามรับรองสำเนาเอกสาร

ให้ผู้สมัครอัปโหลดเอกสารลำดับ 1)-4) ในรูปแบบไฟล์ .PDF รวมจำนวน 1 ไฟล์ โดยตั้งชื่อไฟล์
คำนำหน้าชื่อ นามสกุล (ภาษาไทย)

5. วัน และเวลาในการสอบสัมภาษณ์

รอบที่ 1 วันอาทิตย์ที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2570

รอบที่ 2 วันอาทิตย์ที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2570

ในกรณีที่มิเหตุจำเป็นไม่อาจจัดสอบได้ตามที่กำหนดไว้ คณะพยาบาลศาสตร์จะแจ้งให้ผู้สมัครทราบ
ล่วงหน้าก่อนถึงวันสอบ 3 วันทำการ

ข้อปฏิบัติในการสอบสัมภาษณ์และส่งผลตรวจร่างกาย

- 1.) แสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวนักเรียน หรือบัตรที่มีรูปถ่ายที่ทางราชการออกให้
- 2.) ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ดาวน์โหลด แบบฟอร์ม การรายงานการตรวจสุขภาพของผู้มีสิทธิ์สอบ

คัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรม ประจำปีการศึกษา 2570 ให้แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาลลงนามและ
ประทับตราโรงพยาบาล <https://shorturl.at/WSpto>

รอบที่ 1 ส่งไฟล์เอกสารและใบรองแพทย์

ส่งผลการตรวจร่างกาย ถึงวันที่ 7 พฤษภาคม 2570 ก่อนเวลา 10.00 น.

ส่งได้ที่ <https://forms.gle/kRHX8MUfkq2CqPmSA>

และนำเอกสารฉบับจริงมายื่นรายงานต่อในวันสอบสัมภาษณ์



รอบที่ 2 ส่งไฟล์เอกสารและใบรองแพทย์

ส่งผลการตรวจร่างกาย ถึงวันที่ 3 มิถุนายน 2570 ก่อนเวลา 10.00 น.

ส่งได้ที่ <https://forms.gle/kRHX8MUfkq2CqPmSA>

และนำเอกสารฉบับจริงมายื่นรายงานต่อในวันสอบสัมภาษณ์



6. การประกาศผลการคัดเลือก

ทางเว็บไซต์ <http://nurse.swu.ac.th>

รอบที่ 1 วันพุธที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2570

รอบที่ 2 วันพุธที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2570

7. การชำระค่าธรรมเนียมการอบรม และการรายงานตัวเข้าอบรม

7.1 ชำระค่าธรรมเนียมการอบรม

โดยชำระผ่าน ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) บัญชีเลขที่ 283-213146-9

ชื่อบัญชี คณะพยาบาลศาสตร์

รอบที่ 1 วันที่ 12-14 พฤษภาคม พ.ศ. 2570

รอบที่ 2 วันที่ 9-11 มิถุนายน พ.ศ. 2570

7.2 รายงานตัวเข้ารับการอบรมใน วันจันทร์ที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2570

หากผู้ใดไม่ไปรายงานตัว ตามกำหนด จะถือว่าสละสิทธิ์การเข้าอบรมและเมื่อชำระค่าอบรมแล้ว จะไม่สามารถเรียกคืนได้

8. กำหนดการต่างๆ เกี่ยวกับการสอบคัดเลือก

กิจกรรม	วันที่
1. รับสมัคร สามารถดาวน์โหลดระเบียบการรับสมัครได้ที่หน้าเว็บไซต์คณะพยาบาลศาสตร์ http://nurse.swu.ac.th สมัครผ่านระบบออนไลน์ทาง https://forms.gle/eTEaEZkSoV5zgmK58 	สิ้นสุดการรับสมัคร รอบที่ 1 ภายในวันพุธที่ 28 เมษายน 2570 สิ้นสุดการรับสมัคร รอบที่ 2 ภายในวันพุธที่ 26 พฤษภาคม 2570
2. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ ทางเว็บไซต์ http://nurse.swu.ac.th	รอบที่ 1 วันจันทร์ที่ 3 พฤษภาคม 2570 รอบที่ 2 วันพุธที่ 31 พฤษภาคม 2570
3. ผู้ที่มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ 3.1 ดาวน์โหลด แบบฟอร์ม การรายงานการตรวจสอบสุขภาพของผู้มีสิทธิ์สอบคัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรม ประจำปีการศึกษา 2570 ให้แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาลลงนามและประทับตราโรงพยาบาล https://shorturl.at/WSpto 3.2 ผู้สอบสัมภาษณ์ส่งเอกสารและใบรับรองแพทย์ ดังนี้ รอบที่ 1 ส่งไฟล์เอกสารและใบรับรองแพทย์ ส่งผลการตรวจร่างกาย ถึงวันที่ 7 พฤษภาคม 2570 ก่อนเวลา 10.00 น. ส่งได้ที่ https://forms.gle/kRHX8MUfkq2CqPmSA  และนำเอกสารฉบับจริงมายื่นรายงานต่อในวันสอบสัมภาษณ์ รอบที่ 2 ส่งไฟล์เอกสารและใบรับรองแพทย์ ส่งผลการตรวจร่างกาย ถึงวันที่ 3 มิถุนายน 2570 ก่อนเวลา 10.00 น. ส่งได้ที่ https://forms.gle/kRHX8MUfkq2CqPmSA  และนำเอกสารฉบับจริงมายื่นรายงานต่อในวันสอบสัมภาษณ์	รอบที่ 1 สอบสัมภาษณ์ วันอาทิตย์ที่ 9 พฤษภาคม 2570 รอบที่ 2 สอบสัมภาษณ์ วันอาทิตย์ที่ 6 มิถุนายน 2570

กิจกรรมวันที่	วันที่
4. ประกาศผลการคัดเลือก ทางเว็บไซต์ http://nurse.swu.ac.th	รอบที่ 1 วันพุธที่ 12 พฤษภาคม 2570 รอบที่ 2 วันพุธที่ 9 มิถุนายน 2570
5. ชำระค่าลงทะเบียน ชำระผ่าน ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) เลขที่บัญชี 283-213146-9 ชื่อบัญชี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	รอบที่ 1 วันที่ 12-14 พฤษภาคม 2570 รอบที่ 2 วันที่ 9-11 มิถุนายน 2570
6. รายงานตัว / ปฐมนิเทศ ณ ห้องประชุมคณะพยาบาลศาสตร์ มศว	รอบที่ 1 และ รอบที่ 2 วันจันทร์ที่ 14 มิถุนายน 2570
7. เปิดเรียน ภาคที่ 1/2570	วันอังคารที่ 15 มิถุนายน 2570

****หมายเหตุ** เมื่อทำการสมัครเรียบร้อยแล้วให้ผู้สมัครเข้าอบรมเข้าไลน์กลุ่มเพื่อรับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ด้วย



9. ค่าธรรมเนียมการอบรม ต่อภาคการอบรม

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
1. ค่าธรรมเนียมการอบรมต่อภาคการอบรม*	23,000 บาท
2. ค่าธรรมเนียมเรียกเก็บตามรายการทุกครั้ง	
2.1 ค่าบัตรประจำตัวผู้เข้าอบรม (กรณีบัตรเก่าหายและขอทำบัตรใหม่)	100 บาท
2.2 ค่าแปลหนังสือรับรองการอบรมเป็นภาษาอังกฤษ	ฉบับละ 100 บาท
2.3 ค่าธรรมเนียมส่งหลักฐานการอบรมภายในประเทศ	ครั้งละ 30 บาท

หมายเหตุ

- จัดการอบรมจำนวน 3 ภาคการศึกษา (รวมค่าธรรมเนียมการอบรมตลอดหลักสูตร จำนวน 69,000 บาท)
- เงินค่าธรรมเนียมต่างๆ เมื่อได้ชำระแล้ว จะไม่คืนให้ไม่ว่ากรณีใดๆ
- สามารถติดต่อกู้ยืมเงินเพื่อการศึกษาได้ที่ ธนาคารออมสิน (สินเชื่อเพื่อการศึกษา) ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ทุนการศึกษา ธ.ก.ส.) ติดต่อด้วยตนเอง

10. สอบถามข้อมูลและรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โทรศัพท์ 02-6495000 ต่อ 21800 , 21821 หรือ โทร (มือถือ) 089-9222549

เว็บไซต์ <http://nurse.swu.ac.th>

11. เงื่อนไขการสมัคร

หากมีกรณีที่ไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในระเบียบการรับสมัครฯ ให้อยู่ในดุลพินิจของคณะกรรมการ
ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ขอสงวนสิทธิ์ไม่จัดการอบรมในปีนี้ กรณีมีผู้สมัครรวมกันน้อยกว่า 20 คน

ประกาศ ณ วันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2569



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา วิสุทิพานิช)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รายงานการตรวจสอบสุขภาพของผู้มีสิทธิ์สอบคัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรม
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ประจำปีการศึกษา 2570

ข้อมูลส่วนตัว 1 ผู้เข้าสอบคัดเลือกเป็นผู้กรอก (กรอกด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์)

1. ประวัติส่วนตัว

ชื่อ-สกุล (นาย, นาง, นางสาว)
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี เดือน จังหวัดที่เกิด
เลขประจำตัวประชาชน.....

2. ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ์เข้าอบรม (ทำเครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูล)

ท่านเคยมี หรือมีโรค/ อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่ (ให้ระบุอาการ พ.ศ.ที่เป็น และรักษาอย่างไร)

มี	ไม่มี	อธิบายรายละเอียด	มี	ไม่มี	อธิบายรายละเอียด
☐	☐	หัด	☐	☐	เลือด
☐	☐	วัณโรค	☐	☐	เบาหวาน
☐	☐	ตับอักเสบ	☐	☐	หัวใจ
☐	☐	ลมชัก	☐	☐	ไต
☐	☐	สุกใส	☐	☐	ความดันโลหิตสูง
☐	☐	หอบหืด	☐	☐	ต่อมไทรอยด์
☐	☐	ภูมิแพ้	☐	☐	ไส้เลื่อน
☐	☐	แพ้ยาลา	☐	☐	โรคเรื้อน
☐	☐	ตัวเหลือง ตาเหลือง	☐	☐	โรคติดต่อร้ายแรง.....
☐	☐	ปัญหาทางด้านสุขภาพจิต			
☐	☐	โรคแพ้ข้างในระยะเวลาที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแสบคัน			
☐	☐	ความพิการของร่างกายที่ทำให้เสียบุคลิกลักษณะ			
☐	☐	ติดยาเสพติดทุกชนิด และโรคพิษสุราเรื้อรัง			

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และรับทราบว่าหากตรวจพบภายหลังว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริง หรือมีการบิดเบ่งข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ แม้จะได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษาแล้วก็ยินยอมให้ถอนสภาพจากการเป็นนิสิต

ลงชื่อ ผู้สอบคัดเลือก

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ ผู้รับรอง

(.....)

บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้อมูลส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก (จะต้องตรวจทุกรายการ)

ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกมีสิทธิเข้าสอบสัมภาษณ์ ให้ไปตรวจร่างกายและเอกซเรย์ทรวงอกที่โรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลของเอกชน โดยนำเอกสารฉบับนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มนี้ และลงนามเป็นหลักฐาน พร้อมทั้งประทับตราโรงพยาบาลตรงลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ

ข้าพเจ้า (นายแพทย์, แพทย์หญิง)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการตรวจ

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด

ได้ทำการตรวจร่างกาย (นาย, นาง, นางสาว)

เลขที่ผู้ป่วย (H.N.) วัน/เดือน/ ปีที่เข้าตรวจร่างกาย แล้วได้ผล ดังนี้

ผลการตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร อุณหภูมิ °C

ความดันโลหิต mmHg ชีพจร ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ ครั้ง/ นาที

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)

Urine analysis (UA)

Albumin	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
Sugar	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
Sediments	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
สารเสพติด (มอร์ฟิน, แอมเฟตามีน หรืออื่นๆ อย่างน้อย 1 ประเภท)	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา (ไม่ต้องนำฟิล์มเอกซเรย์ทรวงอกมา)

Chest X-rays	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	หากผิดปกติ โปรดระบุ ☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
--------------	----------------------------	-------------------------------	--

ได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไกกรน (Tetanus-diphtheria:Td หรือ Tetanus-diphtheria-acellular pertussis vaccine:Tdap) (แนบหลักฐานการฉีดวัคซีน)

ได้รับวัคซีน	วัน เดือน ปี.....
ได้รับวัคซีน	วัน เดือน ปี.....
ได้รับวัคซีน	วัน เดือน ปี.....

ผลการวินิจฉัยโรคร้าย 5 โรค

โรคพิษสุราเรื้อรัง	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ
โรคเท้าช้าง	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ
โรคที่เกิดจากสารเสพติด	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ
โรคเรื้อน	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ
วัณโรคในระยะแพร่เชื้อ	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ
ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ	ระบุ		

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า (นาย, นาง, นางสาว)
 มีสุขภาพอยู่ในประเภท ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาล

วันที่ เดือน พ.ศ.

(ประทับตราโรงพยาบาล)

หมายเหตุ รายงานการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ต้องมีตราประทับของโรงพยาบาล และลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ