



ราชวิทยาลัย
จุฬารัง

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬารัง

ประกาศ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

**เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การ
เคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ รอบที่ ๓ การรับแบบ Admission
(โครงการศรัทธาจุฬารัง) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗**

.....
ตามที่ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬารัง ได้เปิดรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตร
วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ รอบ
ที่ ๓ การรับแบบ Admission (โครงการศรัทธาจุฬารัง) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ และได้ยืนยันสิทธิ์ในระบบ
เคลียร์ริงเฮาส์ (Clearing-House) ที่ <https://student.mycas.com> ในวันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๗ นั้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๒ แห่งประกาศวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬารัง เรื่อง
โครงสร้างการบริหารงานคณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ลงวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๓ บัดนี้ ผู้ผ่านการคัดเลือก
ได้ยืนยันสิทธิ์การเข้าศึกษาโรงเรียนวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์
สุขภาพ เรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาต่อหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชา
วิทยาศาสตรการเคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน ๑ คน รายละเอียดปรากฏ
ตามเอกสารแนบท้าย

ทั้งนี้ ขอให้ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหว
และสุขภาพ จำนวน ๑ คน ขึ้นทะเบียนรายงานตัวเป็นนักศึกษา ในวันที่ ๒๖ - ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๗ ผ่านระบบ
ออนไลน์ โดยขอให้ติดตามรายละเอียดต่างๆ ตามประกาศราชวิทยาลัยจุฬารัง เรื่อง การขึ้นทะเบียนของ
นักศึกษาใหม่ ผ่านทางเว็บไซต์ www.pccms.ac.th

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิรพร เหล่าธรรมทัศน์)

คณบดีคณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ
คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ
TCAS รอบที่ ๓ การรับแบบ Admission (โครงการศรัทธาจุฬาภรณ) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗

คำนำหน้า	ชื่อ	นามสกุล
นาย	พัชรพล	ทองยาน

สำหรับผู้สมัครที่มีสิทธิ์เข้าศึกษาขอให้ปฏิบัติ ดังนี้

ผู้สมัครต้องตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาล ที่สามารถเดินทางไปได้สะดวกและส่งผลตรวจพร้อมใบรับรองแพทย์มาที่ E-mail : humankinetics@cra.ac.th ภายในวันอังคาร ที่ ๔ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๗ เวลา ๑๖.๐๐ น.

รายงานผลการตรวจร่างกาย
 โรงเรียนวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
 เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาบุคคลเข้าศึกษาต่อหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต
 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวและสุขภาพ

ชื่อ - นามสกุล (นาย/นางสาว).....วัน/เดือน/ปีเกิด.....

โรงเรียน.....

ได้รับการตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ.....

สำหรับแพทย์กรอกเท่านั้น

แพทย์ผู้ตรวจ นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรเลขที่.....

โรงพยาบาล.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

๑. การตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ค่า BMI.....หมู่โลหิต.....

ความดันโลหิต...../.....มิลลิเมตรปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที การหายใจ.....ครั้ง/นาที

๒. การตรวจเลือด

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

๒.๒ BUN () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

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

๒.๔ CBC () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๓. การเอ็กซเรย์ปอด

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

๔. การตรวจตา

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

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

๕. การตรวจปัสสาวะ

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

๖. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ตรวจ...../...../.....

หมายเหตุ โปรดประทับตราบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ