



ประกาศโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)
เรื่อง การรับสมัครคัดเลือกนักเรียนเพื่อเข้าศึกษาในระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
โครงการความร่วมมือการเป็นองค์กรร่วมผลิตบัณฑิต หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ประจำปีการศึกษา ๒๕๗๐

ด้วยโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) มีความประสงค์ให้ทุนการศึกษาแก่นักเรียนในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครและพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อเข้าศึกษาในระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน ๑๐ ทุน

๑. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๑.๑ คุณสมบัติทั่วไป

๑.๑.๑ มีสัญชาติไทยและมีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในอำเภอบ้านแพ้วหรือพื้นที่ใกล้เคียง ได้แก่ จังหวัดสมุทรสาคร, จังหวัดราชบุรี, จังหวัดนครปฐม และจังหวัดสมุทรสงคราม เป็นระยะเวลาติดต่อกัน อย่างน้อยสองปี

๑.๑.๒ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อยและเหมาะสมในการเข้าศึกษาในระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

๑.๑.๓ ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ไม่มีความพิการทางด้านร่างกาย จิตใจ ที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนและการประกอบอาชีพ เพื่อประโยชน์ในการเข้าศึกษาซึ่งมีการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่ต้องฝึกให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการ ดังนี้

(๑) มีความพิการอันเป็นอุปสรรคต่อการเรียน

(๒) มีปัญหาทางจิตเวชขั้นรุนแรง ได้แก่ โรคจิต (psychosis) โรคประสาทรุนแรง (severe neurosis) หรือโรคบุคลิกภาพแปรปรวน โดยเฉพาะบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (antisocial personality) หรือภาวะบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง (borderline personality disorder) รวมถึงปัญหา ทางจิตเวชอื่นๆ อันเป็นอุปสรรคต่อการเรียนและการประกอบอาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

(๓) โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตราย ที่จะมีผลต่อผู้รับบริการหรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวรอันเป็นอุปสรรคต่อการเรียนและการประกอบอาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

(๔) โรคไม่ติดต่อ หรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการเรียน ดังต่อไปนี้

(๔.๑) โรคลมชักที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ ทั้งนี้โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้ว อย่างน้อย ๓ ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ถือเป็นโรคลมชัก ที่ควบคุมได้

(๔.๒) โรคหัวใจระดับรุนแรง และมีภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เกิดพยาธิสภาพต่อ อวัยวะอย่างถาวร และเป็นอุปสรรคต่อการเรียนและการประกอบอาชีพเวชกรรม

(๔.๓) โรคความดันเลือดสูงรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เกิดพยาธิ สภาพต่ออวัยวะอย่างถาวร

(๔.๔) ภาวะไตวายเรื้อรัง

(๔.๕) โรคติดเชื้อเรื้อรังให้โทษ

(๕) ตาบอดสีชนิดรุนแรงทั้งสองข้าง

(๖) หูหนวกหรือหูตึง (threshold ของการได้ยินสูงกว่า ๔๐ dB) จากความผิดปกติทางประสาทและการได้ยิน (Sensorineural hearing loss) ถ้าได้รับการรักษาแล้วไม่ดีขึ้น

(๗) ความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๗.๑) สายตาดำกว่า ๖/๑๒ ทั้ง ๒ ข้าง

(๗.๒) สายตาข้างใดข้างหนึ่งต่ำกว่า ๖/๒๔

(๗.๓) ไม่สามารถมองเห็นภาพเป็นสามมิติ

(๘) โรคหรือความพิการอื่นๆ

๑.๒ คุณสมบัติเฉพาะ

๑.๒.๑ กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ ๖ สายวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ และคาดว่าจะสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา ๒๕๖๔

๑.๒.๒ มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสม ตั้งแต่มัธยมศึกษาปีที่ ๔-๖ (๕ ภาคเรียน) ไม่ต่ำกว่า ๓.๐๐

๑.๒.๓ มีผลการเรียน (GPA) ในกลุ่มสาระการเรียนรู้ ต่างๆ รวม ๕ ภาคการศึกษา ดังนี้

- กลุ่มสาระคณิตศาสตร์ ไม่ต่ำกว่า ๑๐ หน่วยกิต
ผลการเรียนเฉลี่ย (GPA ไม่ต่ำกว่า ๒.๗๕)
- กลุ่มสาระวิทยาศาสตร์ ไม่ต่ำกว่า ๑๘ หน่วยกิต
ผลการเรียนเฉลี่ย (GPA ไม่ต่ำกว่า ๓.๐๐)
- กลุ่มสาระภาษาต่างประเทศ ไม่ต่ำกว่า ๑๐ หน่วยกิต
ผลการเรียนเฉลี่ย (GPA ไม่ต่ำกว่า ๓.๐๐)

๒. จำนวนรับเข้าศึกษา

คณะ/สาขาวิชา	จำนวนรับ (คน)
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ภาคปกติ	๑๐

๓. การรับสมัคร

๓.๑ สถานที่รับสมัคร

ให้ผู้ประสงค์จะสมัครสามารถสมัครได้ด้วยตนเอง โดยติดต่อขอรับใบสมัครที่ฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ ชั้น ๙ อาคารโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ทั้งนี้ ผู้สมัครต้องกรอกใบสมัครให้ครบถ้วน พร้อมส่งหลักฐานการสมัครที่โรงพยาบาลกำหนด สมัครได้ตั้งแต่วันที่ ๒๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔ จนถึงวันที่ ๒๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

๓.๒ หลักฐานการสมัคร

๓.๒.๑ ใบสมัครตามเอกสารที่แนบท้ายประกาศนี้

๓.๒.๒ รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวกและไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายครั้งเดียวกันไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป (พร้อมเขียนชื่อ-สกุลไว้ด้านหลังรูปให้ชัดเจน)

๓.๒.๓ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๓.๒.๔ สำเนาหลักฐานแสดงวุฒิการศึกษา

๓.๒.๕ ใบรับรองแพทย์ออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๒.๖ แฟ้มประวัติสะสมผลงาน (Portfolio)

๓.๒.๗ สำเนาหลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)

ทั้งนี้ สำเนาหลักฐานทุกฉบับ ให้ผู้สมัครเขียนคำรับรองว่า “สำเนาถูกต้อง” และลงชื่อกำกับไว้ และในวันที่ยื่นหลักฐานการสมัครงานให้นำฉบับจริงมาด้วย

๔. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก ในวันพุธที่ ๒๘ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙ ทางเว็บไซต์ <http://www.bphosp.or.th>

๕. การคัดเลือก

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จะดำเนินการคัดเลือกด้วยวิธีการสอบสัมภาษณ์และพิจารณาแฟ้มประวัติสะสมผลงาน (Portfolio) ประกอบด้วย ในวันศุกร์ที่ ๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๙ ตั้งแต่เวลา ๐๙.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) โดยผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก จะต้องนำใบรับรองแพทย์ตามข้อ ๓.๒.๕ มาแสดงต่อหน้าคณะกรรมการฯ ในวันดังกล่าวด้วย

๖. ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก ในวันพฤหัสบดีที่ ๑๒ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๙ ทางเว็บไซต์ <http://www.bphosp.or.th>

๗. การรายงานตัว

ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกรายงานตัวที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ในวันจันทร์ที่ ๑๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๙ และรายงานตัวเพื่อเข้าศึกษาต่อมหาวิทยาลัยบูรพา ตามวันและเวลาที่มหาวิทยาลัยประกาศกำหนดตลอดจนปฏิบัติตามข้อกำหนดที่ปรากฏในท้ายประกาศผู้ผ่านเข้าการคัดเลือกเข้าศึกษาของมหาวิทยาลัยบูรพาต่อไป

๘. เงื่อนไขการสมัคร

ผู้สมัครจะต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบและรับรองตนเองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติตรงตามประกาศฯ และต้องกรอรายละเอียดต่างๆ ในใบสมัครให้ถูกต้องครบถ้วนตรงตามความเป็นจริง และลงลายมือชื่อรับรองความถูกต้อง ในกรณีที่มีความผิดพลาดอันเกิดจากผู้สมัครไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ หรือตรวจพบว่าเอกสารหรือหลักฐานซึ่งผู้สมัครนำมายื่นไม่ตรงหรือไม่เป็นไปตามประกาศรับสมัครดังกล่าว ให้ถือว่าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการรับสมัครตามประกาศฉบับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙



(นางสาวณีย์ เกิดดอนแฝก)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว



โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

๑๙๘ หมู่ ๑ ถ.บ้านแพ้ว-พระประโทน ต.บ้านแพ้ว อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร ๗๔๑๒๐
โทร. ๐๓๔-๔๑๙๕๕๕ โทรสาร. ๐๓๔-๔๑๙๕๖๗ Email : bghhosp@gmail.com

เลขที่ใบสมัคร.....

รูปถ่าย ๑ นิ้ว
ไม่เกิน ๖ เดือน
จำนวน ๑ รูป

ใบสมัครขอทุนการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ นาย\ นาง\ นางสาว.....นามสกุล.....

NAME : MR \ MISS \ MRS.....SURENAME.....

ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก..... กก. กรุ๊ปเลือด..... วัน เดือน ปี เกิด..... อายุ..... ปี

ศาสนา..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ที่อยู่ปัจจุบัน(ที่กำลังอาศัยอยู่)..... หมู่ที่.....

ช. ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ (สามารถติดต่อได้สะดวก).....

E-mail..... ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน..... หมู่..... ช.....

เขต/ตำบล..... แขวง/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

บัตรประชาชนเลขที่..... ออกเมื่อวันที่..... หมาดอายุ.....

ชื่อ-นามสกุล บิดา..... ชื่อ-นามสกุล มารดา.....

สถานภาพครอบครัว (บิดา/มารดา) ☐ สมรส ☐ หย่าร้าง ☐ หม้าย อาชีพ

ในกรณีเร่งด่วน รพ.บ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) สามารถติดต่อกับ ชื่อ - สกุล.....

ความสัมพันธ์..... ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

สถานศึกษาปัจจุบัน..... เรียนชั้นปี..... เกรดเฉลี่ย.....

ความสามารถพิเศษ

☐ คอมพิวเตอร์ ☐ ไม่ได้ ☐ ได้ ☐ Word ☐ Excel ☐ Power Point ☐ อื่นๆ.....

☐ ด้านภาษา ระบุ.....(ระดับ = ดี \ปานกลาง \พอใช้) พูด..... อ่าน..... เขียน.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ปรากฏในใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

เอกสารประกอบการสมัคร อย่างละ ๑ ฉบับ

☐ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว หรือ ๒ นิ้ว จำนวน ๑ รูป

☐ Portfolio(ถ้ามี) (ไม่เกิน ๑๐ หน้า) ครอบคลุมทั้ง ๔ ด้าน คือ ๑) ความเป็นผู้นำ ๒) เป็นผู้มีความรู้ จริยธรรม

๓) การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและ ๔) การป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติ

☐ หนังสือรับรองความประพฤติ (ผู้อำนวยการ/หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย)

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

☐ ใบแสดงผลการเรียน

☐ ใบแสดงผลการตรวจสุขภาพ ใช้วันสามภายใน

☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ

(.....)