



ประกาศคณะกรรมการการศึกษาศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๖

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม. และ อสส.) ได้เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล เพื่อยกระดับความรู้ความสามารถในการดูแลประชาชน และเปิดโอกาสให้บุตร อสม. อสส. ได้เข้าศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล เพื่อสร้างขวัญกำลังใจแก่อาสาสมัครสาธารณสุขที่สนับสนุนการดำเนินการในระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

เพื่อให้การดำเนินการสรรหา อสม. อสส. บุตร อสม. และ อสส. เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป็นไปด้วยความเรียบร้อย โดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๔ (๒) แห่งพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกอบกับมติที่ประชุมคณะกรรมการประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ในการประชุมครั้งที่ ๖/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ จึงประกาศหลักเกณฑ์และวิธีการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๖ ไว้ดังต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติ

๑.๑ คุณสมบัติทั่วไป

๑.๑.๑ อสม. หรือ อสส. มีอายุ ๑๘-๕๐ ปี หรือบุตร อสม. อสส. มีอายุ ๑๖-๓๕ ปี นับถึงวันเปิดภาคการศึกษา

๑.๑.๒ อสม. หรือ อสส. ที่ใช้สิทธิ์ในการสมัครในแต่ละวิทยาลัยต้องมีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัดที่ได้รับการจัดสรรให้เข้าศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลตามที่คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กำหนด

๑.๑.๓ เป็นผู้สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๖ หรือเทียบเท่าตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง

๑.๑.๔ เป็นผู้มีความสุขปรา้งกายและจิตใจที่สมบูรณ์ มีบุคลิกภาพที่เหมาะสม ไม่มี ความพิการ หรือผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการประกอบอาชีพ

๑.๑.๕ เป็นผู้มีความประพฤติดี ไม่เคยเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ไม่เคยถูกลงโทษจำคุก โดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ และไม่เป็นผู้ที่ถูกลงโทษเนื่องจากกระทำความผิดหรือร่วมกระทำการทุจริตในการสอบวัดความรู้เพื่อสมัครเข้าศึกษาในสถาบันใด ๆ

๑.๑.๖ ไม่เป็น...

๑.๑.๖ ไม่เป็นภิกษุ สามเณร และนักรบวช ตามคำสั่งมหาเถรสมาคม ที่ ๑/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๔ เดือนกันยายน ๒๕๖๔ เรื่อง กรณีพระภิกษุสามเณรเรียนวิชา หรือสอบแข่งขัน หรือสอบคัดเลือก อย่างคุณหัสดี พ.ศ. ๒๕๖๔

๑.๒ คุณสมบัติเฉพาะ

ปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม. อสส. มาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี นับถึงวันที่สมัคร กรณีใช้โควตา บุตร อสม. อสส. ต้องเป็นบุตรโดยสายเลือดหรือบุตรบุญธรรมตามกฎหมาย

๒. วิธีรับสมัคร

๒.๑ วิทยาลัยจัดทำปฏิทินการรับสมัคร อสม. อสส. / บุตร อสม. อสส. เข้าศึกษา และประชาสัมพันธ์ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามเขตจังหวัดที่ได้รับการกระจายในการรับผู้เข้าศึกษา

๒.๒ อสม. อสส. / บุตร อสม. อสส. ที่มีความสนใจเข้าศึกษา ตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

๒.๓ ผู้สมัครแจ้งความประสงค์เข้าศึกษากับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่สังกัด / ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย พร้อมยื่นใบแสดงความจำนงสมัครเข้ารับ การคัดเลือก ติดรูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือนถึงวันสมัคร เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย ลงลายมือชื่อ และผู้สมัครลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน โดยเอกสารประกอบการสมัคร มีดังนี้

๑) ใบแสดงความจำนงสมัครเข้ารับการศึกษา ติดรูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือนถึงวันสมัคร และลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน (ตามเอกสารแนบ ๑)

๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

๓) สำเนาทะเบียนบ้าน

๔) สำเนาวุฒิการศึกษา

๕) สำเนาบัตรประจำตัว อสม. / อสส.

๖) หนังสือรับรองคุณสมบัติการปฏิบัติหน้าที่ อสม. อสส. โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข (เอกสารแนบ ๒)

๗) หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล (ถ้ามี)

๘) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

๒.๔ ผู้สมัครส่งเอกสารการสมัครให้วิทยาลัยตามเวลาที่กำหนด

๒.๕ วิทยาลัยแต่ละแห่งประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์และผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ตามปฏิทิน การรับสมัครที่วิทยาลัยกำหนด

๓. ข้อตกลงเบื้องต้นในการเข้าศึกษาในโควตา อสม. อสส. และบุตร อสม. อสส.

๓.๑ การศึกษา ได้รับทุนเรียนฟรีโดยเป็นค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียนตลอดหลักสูตร (สำหรับ ค่าใช้จ่ายส่วนตัว เช่น ค่าตรวจร่างกาย ค่าชุดและเครื่องแต่งกาย ค่าอาหาร ค่าที่พัก ค่าเดินทาง ผู้เข้าศึกษาจะต้อง จ่ายเอง)

๓.๒ การศึกษา...

๓.๒ การศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลของ อสม. และบุตร อสม. ไม่มีข้อผูกพันในการเข้าทำงานหรือบรรจุเข้ารับราชการ และการศึกษาหลักสูตรดังกล่าวนี้ไม่เป็นเหตุให้พ้นสภาพการเป็น อสม. / อสส.

๓.๓ ผู้เข้าศึกษาต้องเข้าศึกษาในวิทยาลัยตามการจัดสรรสถานที่ศึกษาที่คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กำหนดไว้

๓.๔ กำหนดโควตาการเข้าศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / ศูนย์บริการสาธารณสุข แห่งละ ๑ โควตา ทั้งนี้ หากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / ศูนย์บริการสาธารณสุข มีผู้สมัครมากกว่า ๑ คน ให้เป็นดุลยพินิจของวิทยาลัยในการรับนักศึกษา โดยจำนวนการรับนักศึกษาต้องไม่เกินจำนวนโควตาที่กำหนด

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์กมลรัตน์ เทอร์เนอร์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก



รายการเอกสารผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
(หลักสูตรใหม่) พ.ศ. 2565 รุ่นที่ 2 ปีการศึกษา 2566

ลำดับ	รายการ	มีและถูกต้อง ครบถ้วน	มี ไม่ครบ/ เอกสารไม่ สมบูรณ์	ไม่มี	หมายเหตุ
1	ใบสมัครเข้ารับการคัดเลือก ติดรูปถ่าย หน้าตรง พร้อมลงลายมือชื่อ				
2	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน				
3	สำเนาทะเบียนบ้าน				
4	สำเนาวุฒิการศึกษา				
5	สำเนาบัตรประจำตัว อสม./อสส.				
6	หนังสือรับรองการปฏิบัติหน้าที่ อสม. /อสส. โดยผู้อำนวยการ รพสต. หรือ ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข				
7	หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)				
8	เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)				

☐ ครบถ้วน ☐ ไม่ครบถ้วน พิจารณาให้ส่งเอกสารเพิ่มเติม

สรุปผลการตรวจเอกสาร

☐ คุณสมบัติไม่เป็นไปตามเกณฑ์

☐ อื่นๆ.....

ลงชื่อ (ผู้ตรวจเอกสารรับสมัคร)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ว ด ป.....

ลงชื่อ (ประธานกรรมการตรวจเอกสาร)

(ดร.นภัทร บุญเทียม)

ว ด ป.....

สำหรับติดรูปถ่าย

ขนาด ๓x๔ ซม.

หรือ ๑.๕ นิ้ว

ใบแสดงความจำนงสมัครเข้ารับการคัดเลือกศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖

๑. ข้อมูลทั่วไป

คำนำหน้าชื่อ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ชื่อ นามสกุล

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ วัน/เดือน/ปีเกิด .../.../...

อายุ ปี สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่าร้าง เชื้อชาติ..... สัญชาติ ศาสนา

อาชีพปัจจุบัน ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย

ถนน ตำบล /แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ เบอร์โทรศัพท์ E-mail

๒. โควตาในการสมัคร

- ☐ อสม./อสส.
☐ บุตร อสม./อสส.

๓. สถานที่ปฏิบัติงานของ อสม./อสส. (กรณีใช้โควตา บุตร อสม./อสส. ในการสมัคร ให้ระบุสถานที่ปฏิบัติงาน อสม./อสส. ของผู้ปกครอง)

ชื่อหน่วยบริการสาธารณสุขที่สังกัดอยู่

ที่อยู่ เลขที่ หมู่ ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ เบอร์โทร

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่ อสม./อสส. ปี

๔. ประวัติการศึกษาของผู้สมัคร

๔.๑ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.๖) หรือเทียบเท่าตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง
จากโรงเรียน อำเภอ

จังหวัด เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ได้คะแนนเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร

๔.๒ วุฒิการศึกษาสูงสุด

สถาบันการศึกษา พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา

/๕.คุณสมบัติ.....

๕. คุณสมบัติอื่น ๆ ของผู้สมัคร

๕.๑ ภาวะสุขภาพ

- ☐ ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ไม่มีประวัติเป็นโรคจิต โรคประสาทและปราศจากโรค หรืออาการของโรค หรือความพิการอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
- ☐ ข้าพเจ้าไม่สามารถรับรองภาวะสุขภาพของตนเองได้

๕.๒ ความประพฤติ

- ☐ ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เคยเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ไม่เคยถูกลงโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ และไม่เป็นผู้ที่ถูกลงโทษเนื่องจากกระทำความผิดหรือร่วมกระทำการทุจริตในการสอบวัดความรู้เพื่อสมัครเข้าศึกษาในสถาบันใด ๆ
- ☐ ข้าพเจ้าไม่สามารถรับรองความประพฤติของตนเองได้

๖. ประวัติส่วนตัว

๖.๑ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวกระหว่างการสมัครเข้ารับการคัดเลือก เลขที่ หมู่ที่
ตรอก/ซอย แขวง/ตำบล อำเภอ/เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
โทรศัพท์มือถือ E-mail

๖.๒ ประวัติการศึกษา/การทำงาน (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ☐ ปัจจุบันกำลังศึกษาหลักสูตร ชั้นปีที่
สถานศึกษา
- ☐ ปัจจุบันทำงาน ตำแหน่ง (ระบุ).....
สถานที่ทำงาน
ที่อยู่

/พ. เอกสาร....

๓. เอกสารการสมัคร (ลงนามรับรองสำเนาเอกสารถูกต้องทุกใบ)

- ☐ สำเนาบัตรประชาชน
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัว อสม./อสส.
- ☐ สำเนาวุฒิการศึกษา
- ☐ หนังสือรับรองคุณสมบัติการปฏิบัติหน้าที่ อสม./อสส. โดย ผอ.รพ.สต./ผอ.ศูนย์บริการสาธารณสุข
- ☐ หลักฐานการเปลี่ยนชื่อสกุล (ถ้ามี)
- ☐ เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

๔. สถานศึกษาที่ประสงค์เข้าศึกษา

วิทยาลัยพยาบาล

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครถูกต้องทุกประการ หากมีข้อความข้างต้นหรือหลักฐานที่แสดงเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์การเป็นผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หรือพ้นสภาพการเป็นผู้เข้าศึกษา แม้จะเข้าศึกษาในหลักสูตรดังกล่าวแล้วก็ตาม

ลงชื่อ ผู้แสดงความจำนงเข้าศึกษา

(.....)

ลงชื่อ อสม./อสส. กรณีใช้โควตาบุตร อสม./อสส.

(.....)

ลงชื่อ ผู้รับรอง

(.....)

ผอ.รพ.สต./ผอ.ศูนย์บริการสาธารณสุข

หมายเหตุ การศึกษาหลักสูตรดังกล่าวนี้ไม่มีผลผูกพันในการรับเข้าทำงานหรือบรรจุรับราชการ



เอกสารหมายเลข ๒

เลขที่.....

(ส่วนราชการเจ้าของหนังสือ)

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....

ปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)/อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) ปฏิบัติงาน
ณ.....

เริ่มปฏิบัติหน้าที่ อสม./อสส. ตั้งแต่ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....จนถึงปัจจุบัน

รวมระยะเวลา.....ปี

ให้ไว้ ณ วันที่เดือน.....พ.ศ.....

(.....)

ผอ.รพ.สต./ผอ.ศูนย์บริการสาธารณสุข