

## หนังสือแสดงเจตนายินยอมใช้ผลทดสอบพิเศษควบคู่กับการสัมภาษณ์

เขียนที่ วพอ.พอ.

วันที่ ๕ พ.ค.๖๙

ข้าพเจ้า ..... เลขที่บัตรประชาชน ..... เลขที่สมัคร.....

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนายินยอมใช้ผลทดสอบพิเศษควบคู่กับการสัมภาษณ์ เพื่อคัดเลือกบุคคลพลเรือน  
เข้าเป็นนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ โดยข้าพเจ้าขอยอมรับถึงผลที่จะตามมา  
และ ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องหรือร้องเรียนใด ๆ ต่อกองทัพอากาศ

เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน วันที่ ที่ทำหนังสือนี้

ลงชื่อ .....ผู้แสดงเจตนา (ผู้สมัคร)

ลงชื่อ.....พยาน (ผู้ปกครอง)

ลงชื่อ.....พยาน (อาจารย์ วพอ.)

หมายเหตุ ผู้สมัครและผู้ปกครองลงชื่อ ในช่องว่าง ในส่วนของอาจารย์ วพอ. ทางวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศจะเป็น  
ผู้ดำเนินการลงชื่อต่อไป

ผู้สมัครกรอกข้อความให้ครบถ้วนและชัดเจน ต้นฉบับ 1 ชุด ถ่ายสำเนา 3 ชุด รวมเป็น 4 ชุด



### ข้อมูลประกอบการสัมภาษณ์

ผู้สมัครเข้าเป็นนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ปีการศึกษา 2569

วันที่สอบสัมภาษณ์  6 พ.ค.69  7 พ.ค.69  8 พ.ค.69

- ชื่อผู้สมัคร นาย/นางสาว.....นามสกุล..... เลขที่สมัคร.....อายุ.....ปี  
สัญชาติ.....นับถือศาสนา.....น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. มีพี่.....คน น้อง.....คน  
โทรศัพท์บ้าน.....โทรมือถือ.....E-mail :.....
- ชื่อบิดา.....สกุล.....อายุ.....ปี  มีชีวิตอยู่  ถึงแก่กรรม  
อาชีพ.....ทำงาน.....โทร.....  
ชื่อมารดา.....สกุล.....อายุ.....ปี  มีชีวิตอยู่  ถึงแก่กรรม  
อาชีพ.....ที่ทำงาน.....โทร.....  
ความสัมพันธ์ครอบครัว  บิดา-มารดาอยู่ด้วยกัน  บิดา-มารดาแยกกันอยู่  หย่า  
ชื่อผู้ปกครอง.....สกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....  
ชื่อผู้อุปการะ.....สกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....
- ที่อยู่ติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....
- สำเร็จการศึกษาระดับ ม.6 ปีการศึกษา 2568 เกรดเฉลี่ย.....จากโรงเรียน.....  
จังหวัด.....
- ความสามารถพิเศษ / ระดับความสามารถ 5.1.....  
5.2.....5.3.....
- กิจกรรมจิตอาสา (รร./ชุมชน).....
- ได้เงินไปโรงเรียน เฉลี่ยเดือนละ.....บาท  เพียงพอ  ไม่เพียงพอ  มีเหลือไว้เก็บออม
- ท่านมีयरับประทานต่อเนื่อง/เป็นประจำหรือไม่ (ข้อมูลนี้จะทำให้ท่านได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง)  
 ไม่มี  มี ระบุ.....
- ผู้แนะนำและสนับสนุนให้มาสมัครสอบในครั้งนี้  บิดา  มารดา  ตัวเอง  อื่นๆ.....
- ลักษณะที่เหมาะสมของบุคคลที่จะเป็นนักเรียนพยาบาลทหารอากาศในความคิดเห็นของท่าน คือ.....
- ขอให้ท่านบอกเหตุผลว่าเหตุใดจึงอยากเป็นพยาบาล.....
- อาชีพทหารในความคิดเห็นของท่าน คือ.....
- การเลือกคณะในระบบ TCAS ท่านเลือกคณะอะไรบ้าง 4 อันดับแรก / ท่านสอบติดที่ใดหรือมีที่เรียนแล้วหรือไม่.....
- ข้อจำกัดในการเป็นนักเรียนพยาบาลทหารอากาศของท่าน.....
- ระบุชื่อบัญชีโซเชียลที่ใช้ Facebook.....Instagram.....Twitter.....  
TikTok.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

## เอกสารกำกับกิจกรรมการตรวจร่างกาย

ชื่อ-สกุล.....เลขที่สมัคร.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ให้เจ้าหน้าที่ลงนามหรือประทับตราในแต่ละกิจกรรม เพื่อใช้ตรวจสอบว่าได้ทำครบทุกขั้นตอนแล้ว

ลำดับ	จุดตรวจ	ชั้น	ลายเซ็น จนท.
1.	ชั้นบัตรตรวจร่างกายที่ห้องเวชระเบียน	1	
2.	การเงิน ชำระเงินค่าตรวจร่างกาย	1	
3.	ความดันโลหิต	1	
4.	ชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง, วัดรอบอก (ชาย)	1	
5.	เอกซเรย์ทรวงอก	2	
6.	เจาะเลือด	2	
7.	ตรวจปัสสาวะ	2	
8.	ทันตกรรม	2	
9.	วัดสายตา	1	
10.	ตรวจตาบอดสี	1	
11.	พบแพทย์ตรวจร่างกาย	1	
12.	ตรวจหู	1	
13.	ตรวจขั้นสุดท้าย เฉพาะนักเรียนชาย	1	
14.	ตรวจสอบหลักฐานการตรวจ	1	

\*\*กรุณาตรวจสอบดูว่าท่านผ่านจุดตรวจครบทุกจุดตรวจหรือไม่ หากไม่ครบให้ติดต่อเจ้าหน้าที่\*\*

## หนังสือแสดงความยินยอม

ข้าพเจ้า นาย/ นางสาว ..... อายุ ..... ปี  
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... วัน เดือน ปีเกิด.....  
 อยู่บ้านเลขที่ ..... ซอย / ตรอก ..... ถนน .....  
 ตำบล / แขวง ..... อำเภอ / เขต ..... จังหวัด .....  
 รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

ข้าพเจ้าได้อ่าน “ข้อควรรู้ก่อนรับการตรวจหาเชื้อ เอช ไอ วี” แล้ว ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอรับการตรวจหาเชื้อ เอช ไอ วี จากสถานพยาบาล/ สถาบันแห่งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการยืนยันว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ในการรับการตรวจหาเชื้อ เอช ไอ วี นี้ จะได้รับการเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยโดยปราศจากความยินยอมของข้าพเจ้า เว้นแต่เป็นการเปิดเผยตามที่กฎหมายกำหนดหรือตามหน้าที่หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้ และความจำเป็นในการวินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้า ( ) ต้องการทราบผลการตรวจ ( ) ไม่ต้องการทราบผลการตรวจ

ลงนาม .....

(.....)

ผู้ขอรับการตรวจ

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ลงนาม .....

(.....)

แพทย์ / เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ

ลงนาม .....

(.....)

พยาน

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

**หมายเหตุ:**

ผู้ขอรับการตรวจที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ต้องให้ผู้ปกครองเป็นผู้เซ็นชื่อเป็นผู้ขอรับการตรวจแทน และมีผู้ลงนามพยานต้องอายุมากกว่า 18 ปีบริบูรณ์

## ประวัติประกอบการตรวจสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/ นางสาว ..... อายุ ..... ปี เลขที่สมัคร.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... วัน เดือน ปีเกิด .....

ข้าพเจ้าเคยมีประวัติป่วยดังนี้มาก่อนหรือไม่ ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้างล่าง

ประวัติการเจ็บป่วย	เคย/มี	ไม่เคย/ไม่มี	การรักษา/ระบุ
1. โรคเรื้อน			
2. อากาศชัก			
3. เบาหวาน			
4. โรคปอด			
5. วัณโรค			
6. ความดันโลหิตสูง			
7. บวมตามร่างกาย			
8. หอบหืด			
9. ตัวเหลือง			
10. กามโรค			
11. โรคจิต			
12. โรคประสาท			
13. พิษสุราเรื้อรัง			
14. รับการผ่าตัด			
15. เจ็บป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาล			เมื่อ...../.....พ.ศ.....
16. ในช่วงเวลา 7 วัน รับประทานยา			
17. บาดเจ็บหรือกระทบกระเทือนบริเวณศีรษะ			
18. รอยสักบนร่างกาย			
19. วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย			(ระบุเฉพาะเพศหญิง)

## ตรวจ G6PD

ประวัติ G6PD  เป็น  ไม่เป็น  ไม่ทราบ

1. ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ของตนเองหากมีการร้องขอ
2. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริง หากปรากฏภายหลังว่าไม่เป็นความจริง จะถูกตัดสิทธิ์จากการสอบและ/ หรือพ้นสภาพจากการเป็นนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ
3. ข้าพเจ้ายอมรับการตรวจ ซึ่งเป็นวันตรวจ ณ วันตรวจที่กำหนด เพื่อใช้ในการตัดสินใจโดยคณะกรรมการตรวจร่างกายทางการแพทย์ และทราบว่าค่าตัดสินของคณะกรรมการตรวจร่างกายทางการแพทย์ถือเป็นสิ้นสุด

ลงชื่อ ..... ผู้กรอกประวัติ

..... / ..... / .....