



ชี้แจงการเตรียมตัวสมัครเข้าเรียนเป็นนักศึกษาวิชาทหารชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2564

ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ทำให้การดำเนินการเตรียมความพร้อม และการรับสมัครเข้าเรียน รด. ปี 1 ต้องเลื่อนออกตามประกาศของกระทรวงศึกษาธิการ ทางงานนัก ศึกษาวิชาทหาร

โรงเรียนอัสสัมชัญธนบุรี จึงมีแนวปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมในการสมัคร รด. ดังนี้

1. ให้นักเรียนฝึกซ้อมร่างกายให้แข็งแรง โดยฝึกซ้อมตาม VDO สาธิตท่าทดสอบ ตามลิงค์ที่ให้ไว้ และ **ตั้งแต่วันที่ 14 มิถุนายน 2564 - 9 กรกฎาคม 2564 ทางโรงเรียนจะเปิดโครงการเตรียมความพร้อมด้านสมรรถภาพหลังให้กับนักเรียนที่มีความสนใจ** โดยฝึกซ้อมหลังเลิกเรียน โดยมีค่าใช้จ่ายคนละ 500 บาท
https://www.youtube.com/watch?v=wk_rJSOTr9qY&t=3s (Link VDO สาธิตท่าทดสอบ)
2. **นักเรียนที่มีความสนใจสมัครเรียน รด. ขอให้แจ้ง ชื่อ / นามสกุล / เลขประจำตัวประชาชน ที่ครูประจำชั้น** โดยจะต้องนำส่งรายชื่อให้กับงานนัก ศึกษาวิชาทหาร เพื่อลงทะเบียนสมัครเรียนในระบบของโรงเรียนรักษาดินแดน และจะทำบัญชีรายชื่อผู้สมัคร **โดยขอให้ดำเนินการเสร็จสิ้นภายในวันที่ 4 มิถุนายน 2564**
3. เอกสารที่ใช้สำหรับการสมัครเรียน
 - ใบสมัคร (รด.1) โดยคุณครูที่เป็นผู้กำกับนักศึกษาวิชาทหารจะเป็นผู้ดำเนินการแจกให้นักเรียนตอนเปิดเทอม
 - รูปถ่ายนักเรียนหน้าตรงขนาด 1½ นิ้ว โดยต้อง**สวมชุดนักเรียนตอน ม. 3 เท่านั้น** จำนวน 2 รูป
 - เอกสาร ปพ.1 แสดงผลการสำเร็จการศึกษา ม.3 และต้องมีเกรดเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 1.00
 - **กรณีนักเรียนเก่า**ทางโรงเรียนจะเป็นผู้ดำเนินการให้
 - **กรณีนักเรียน ม.4 เข้าใหม่** ให้นักเรียนนำส่งใบ ปพ.1 ตัวจริง ให้กับทางห้องธุรการ จึงจะสามารถดำเนินการสมัครได้
 - ใบรับรองแพทย์ (ให้จัดพิมพ์ตามเอกสารที่แนบให้ และให้นำไปยื่นตรวจที่โรงพยาบาล หรือคลินิกใดก็ได้ **โดยจะต้องมีตราประทับของโรงพยาบาล หรือคลินิก นั้น ๆ ประทับด้วย**)
 - ใบคัดกรอง COVID-19 ให้นักเรียนจัดพิมพ์และลงข้อมูลตามความเป็นจริงห้ามปิดบังข้อมูล
4. การส่งเอกสารทั้งหมดให้นำส่งกับ **มาสเตอร์เชมพาสน์ จาดก้อน ผู้กำกับนักศึกษาวิชาทหารชั้นปีที่ 1 ภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2564 เท่านั้น** นักเรียนที่ส่งเอกสาร และหลักฐานการสมัครหลังจากนี้จะต้องไปสอบในรอบเก็บตกถัดไป

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง (๑).....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ สถานที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออยู่ที่.....

โทรศัพท์.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย / นางสาว.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่ (สามารถติดต่อได้).....

โทรศัพท์.....

ได้ตรวจร่างกาย เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ขอรับรองว่า

นาย / นางสาว.....ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ

จนไม่สามารถเข้ารับการฝึกวิชาทหารได้ ไม่มีอาการของโรคจิต หรือพิษเหียน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติด

ให้โทษ อาการพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

(๑) โรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการฝึกวิชาทหาร

(๒) วันโรคในระยะอันตราย (ระยะแพร่กระจายเชื้อ)

(๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการ เป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๔) ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้อง กับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุในข้อนี้

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของนายแพทย์.....(๒) สุขภาพร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง

สามารถเข้ารับการทดสอบสมรรถภาพร่างกาย เข้าเป็นนักศึกษาวิชาทหารได้

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ : (๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรงเพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๓ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

หน่วยตรวจโรค หน่วยบัญชาการรักษาดินแดน

1. ส่วนข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-นามสกุล..... เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี สัญชาติ.....
สถาบัน/สถานศึกษา..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อดี.....
ที่อยู่ บ้าน อื่นๆ ระบุ..... เลขที่..... หมู่บ้าน.....
ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
..... จังหวัด..... โรคประจำตัว.....

2. ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย

อุณหภูมิร่างกายแรกรับ..... องศาเซลเซียส และพบว่ามีอาการผิดปกติอื่นๆ ดังนี้

มีไข้ มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ไอ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ
 มีน้ำมูก มีเสมหะ หายใจลำบาก ปวดศีรษะ
 ถ่ายเหลว อื่นๆ ระบุ.....

3. ประวัติเสี่ยง

- + ช่วง 14 วันก่อน อาศัยอยู่ หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด ใช่ ไม่ใช่
ระบุเมือง..... ประเทศ.....
เดินทางเข้าประเทศไทยวันที่..... โดยสายการบิน.....
เที่ยวบินที่..... เลขที่นั่ง.....
- + ช่วง 14 วันก่อน ได้เข้ารับการรักษา หรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลของพื้นที่ที่มีการระบาด ใช่ ไม่ใช่
- + ช่วง 14 วันก่อน ได้ดูแล หรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ หรือปอดอักเสบ ใช่ ไม่ใช่
- + ช่วง 14 วันก่อน มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบุ..... ใช่ ไม่ใช่
- + ช่วง 14 วันก่อน ประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ ใช่ ไม่ใช่
- + ช่วง 14 วันก่อน มีประวัติเดินทางไปในสถานที่ที่มีคนหนาแน่น เช่น ผับ สนามมวย ระบุ..... ใช่ ไม่ใช่
- + ท่านเป็นผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจ หรือปอดอักเสบ ใช่ ไม่ใช่
- + ท่านเคยสัมผัสผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรง หรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ ใช่ ไม่ใช่
- + ท่านเป็นบุคลากรทางการแพทย์ หรือปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ใช่ ไม่ใช่
- + ประวัติเสี่ยงอื่นๆ ระบุ.....

4. ข้อมูลส่วนนี้กรอกข้อมูลเฉพาะกรณีมีการเจ็บป่วย

+ รายละเอียดเหตุการณ์ ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ก่อนเริ่มป่วย

+ ตารางกิจกรรม และการเดินทางตั้งแต่เริ่มป่วย

วัน	วันที่	กิจกรรม/สถานที่	ระบุบุคคลร่วมกิจกรรม หากทำได้
0			
1			
2			
3			