



ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสัมภาษณ์และคำแนะนำสำหรับผู้ผ่านการสัมภาษณ์
โครงการทุนฝึกอบรมช่างเทคนิคปิโตรเลียม รุ่นที่ 10

1) รายชื่อผู้ผ่านการสัมภาษณ์เพื่อเข้ารับการฝึกอบรมโครงการทุนฝึกอบรมช่างเทคนิคปิโตรเลียมรุ่นที่ 10

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล	สถานที่ตรวจร่างกาย
1	เจษฎา จงเจริญนานา	กรุงเทพฯ
2	เฉลิมพล สุวรรณตรี	กรุงเทพฯ
3	เฉลิมวุฒิ อุเงิน	กรุงเทพฯ
4	เมธีศ บุญเฟื่อง	กรุงเทพฯ
5	เศรษฐศักดิ์ สุวโท	กรุงเทพฯ
6	เอกราช แก้วสุวรรณ	กรุงเทพฯ
7	จักรพันธ์ นิธารทิพย์สกุล	กรุงเทพฯ
8	ฐนันดร โรจน์วิจิตร	กรุงเทพฯ
9	ฐิติวัชร ศุภนาม	กรุงเทพฯ
10	ณัฐชัย อภิวัฒน์ โนนทัย	กรุงเทพฯ
11	ณัฐวุฒิ กันธิยะ	กรุงเทพฯ
12	ดิเรก คำสุข	กรุงเทพฯ
13	ทีปกร ทุมรี	กรุงเทพฯ
14	ธชาภัทร เทียนสุขสม	กรุงเทพฯ
15	ธนธิป เพชรไทย	กรุงเทพฯ
16	ธวัชชัย ทองแดง	กรุงเทพฯ
17	ธีรพงษ์ ใจแก้ว	กรุงเทพฯ
18	ธีรวิทย์ ห้วยทราย	กรุงเทพฯ
19	นพพล ใจเที่ยง	กรุงเทพฯ
20	ปวีศ เลิศวัฒนมงคล	กรุงเทพฯ



ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล	สถานที่ตรวจร่างกาย
21	เพชร เรืองอร่าม	กรุงเทพฯ
22	ภาณุพงษ์ อ่ำเจริญ	กรุงเทพฯ
23	มงคลชัย แสงสว่าง	กรุงเทพฯ
24	มนตรี ชูชัยเจริญ	กรุงเทพฯ
25	ยุทธนา ยกคำจู้	กรุงเทพฯ
26	วรพงษ์ ศรีปาน	กรุงเทพฯ
27	สุตกันต์ ชงศ์พีระกุล	กรุงเทพฯ
28	สุภาลา ศรีเชียงขวาง	กรุงเทพฯ
29	อดิสร พุฒศรี	กรุงเทพฯ
30	อิทธิพงศ์ เมืองแวง	กรุงเทพฯ
31	อุรจันท์ บุตตะลือ	กรุงเทพฯ
32	กรัณย์ กาญจนะ	สงขลา
33	พรสฐา คงบัว	สงขลา
34	พิริยุดม คำสุวรรณ	สงขลา
35	ภาสศรุต ทองรัมย์	สงขลา
36	ว่าที่ ร.ต.สุรพงศ์ เกื้อมา	สงขลา
37	สมชาย โต๊ะขวัญแก้ว	สงขลา

2) คำแนะนำสำหรับผู้ที่ผ่านการสัมภาษณ์และผู้ที่ได้ลำดับสำรอง โครงการทุนฝึกอบรมฯ รุ่นที่ 10

2.1 การตรวจร่างกาย

- ผู้ผ่านการสัมภาษณ์ที่กรุงเทพฯ จะต้องเข้ารับการตรวจร่างกายที่ **รพ. วิวาดี** ระหว่างวันที่ **16 – 17 เมษายน 2554 เวลา 7.00 – 12.00 น.** (ติดต่อชั้น 2 แผนกตรวจร่างกาย / งดน้ำและอาหารอย่างน้อย 8-12 ชั่วโมง ก่อนเข้ารับการตรวจ)
- ผู้ผ่านการสัมภาษณ์ที่สงขลา จะต้องเข้ารับการตรวจร่างกายที่ **ร.พ. ศิครินทร์ หาดใหญ่** ระหว่างวันที่ **16 – 17 เมษายน 2554 เวลา 7.00 – 12.00 น.** (งดน้ำและอาหารอย่างน้อย 8-12 ชั่วโมง ก่อนเข้ารับการตรวจ)



- ให้ผู้ผ่านการสัมภาษณ์นำแบบสอบถามการตรวจสอบสุขภาพทั้ง 2 แผ่น (เอกสารแนบท้าย) ไปให้ที่โรงพยาบาลในวันตรวจร่างกาย
 - แผ่นที่ 1 (แบบสอบถามการตรวจสอบสุขภาพ) – ผู้สัมภาษณ์กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน
 - แผ่นที่ 2 (Health Examination Summary) – โรงพยาบาลจะเป็นผู้กรอกในส่วนนี้
- เมื่อเสร็จสิ้นการตรวจร่างกาย โรงพยาบาลจะเป็นผู้ส่งเอกสารทั้ง 2 แผ่นกลับมาให้โครงการฯ เพื่อดำเนินการต่อไป
- โครงการฯ จะได้แจ้งผลการตรวจร่างกายให้ทราบประมาณ 2 อาทิตย์หลังเข้ารับการตรวจ

2.2 คำแนะนำเพิ่มเติม และเอกสารอื่นๆ เช่น หนังสือสัญญาค้ำประกัน

- ทางโครงการฯ จะได้แจ้งรายละเอียดเรื่องการเตรียมตัวในการเข้ารับการฝึกอบรม พร้อมทั้งส่งเอกสารอื่นๆ ให้ผู้ที่ได้รับทุนฯ ผ่านทาง E-mail Address ของแต่ละคนตามที่ได้แจ้งไว้กับทางโครงการฯ ต่อไป

หมายเหตุ การฝึกอบรมฯ รุ่นที่ 10 จะเริ่มในเดือนมิถุนายน 2554 ณ ศูนย์เศรษฐกิจพัฒนา จังหวัดสงขลา กรณีต้องการรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับโครงการฯ กรุณาติดต่อคุณวิระมน มาสุข หมายเลข 02 545 5004 หรือที่อีเมลล์ wiramonm@chevron.com



แผนกสุขภาพและการแพทย์

แบบสอบถามการตรวจสุขภาพ

ส่วนที่ 1 กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

ชื่อ-สกุล _____ ตำแหน่ง _____ โครงการทุนฝึกอบรมช่างเทคนิคปิโตรเลียม อายุ _____ ปี

เลขประจำตัวพนักงาน - _____ หมายเลขบัตรประชาชน _____

บริษัท - _____ สถานที่ทำงาน - _____ วันเดือนปีเกิด _____

ส่วนที่ 2 กรุณาตอบแบบสอบถามข้างล่างนี้ และอธิบายรายละเอียดในส่วนที่ 3 ในกรณีที่ข้อนี้ตอบว่าใช่

คุณเคยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่	ใช่	ไม่ใช่	คุณเคยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่	ใช่	ไม่ใช่	คุณเคยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่	ใช่	ไม่ใช่
1. หน้ามืด ลมชัก, ลมบ้าหมู			18. กามโรค			34. ท่านเคยได้รับชดเชยแรงงาน		
2. ปวดหัว หรือมีนหัวบ่อยๆ			19. เบาหวาน			35. ท่านเคยได้รับชดเชยจาก ภาวะทุพพลภาพ		
3. โรคจิต โรคประสาท			20. โลหิตจาง				36. เคยขาดงานจากการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ(2 ปีที่ผ่านมา)	
4. โรคภูมิแพ้ ไซนัสอักเสบ			21. ข้ออักเสบ เส้นเลือดอุดตัน			37. เคยทำงานเกี่ยวกับรังสี		
5. เจ็บคอ ทอนซิลอักเสบบ่อยๆ			22. บาดเจ็บ กระดูกหัก				38. เคยทำงานเกี่ยวกับสารพิษ เช่น Asbestos ตะกั่ว ยาฆ่าแมลง หรือสารอื่นๆ	
6. การได้ยินลดลง			23. มีปัญหาเกี่ยวกับหลัง หรือขา			39. เคยสัมผัสสารซิลิกา (ทำ งานเกี่ยวกับเครื่องฟันทรายน โรงหล่อ เหมือนแร่ เจาหิน หรืองานที่คล้ายคลึงกัน)		
7. ต่อมไทรอยด์โต ไทรอยด์เป็นพิษ			24. โรคผิวหนัง				40. แพ้สารเคมี	
8. ความดันเลือดสูง			25. มะเร็งหรือเนื้องอก			41. เคยเป็นผื่น ระบายเคือง จากสารเคมี พลาสติก โลหะ หรือสารที่คล้ายคลึงกัน		
9. โรคหัวใจ เจ็บหน้าอก			กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้				42. ตรวจฟันกับทันตแพทย์ ทุก 6-12 เดือน	
10. โรคหอบเหนื่อย ปอดอักเสบ			27. คุณสวมแว่นตาหรือไม่			43. พบทันตแพทย์ครั้งสุดท้าย		
11. ไอเป็นเลือด วัณโรค			28. สายตาสั้นหรือยาวเพิ่มขึ้น					
12. โรคกระเพาะ อาหารไม่ย่อย			29. เคยนอน รพ. ผ่าตัด หรือนอน รักษาตัวนานกว่า 7 วัน					
13. โรคตับหรือนิ่วในถุงน้ำดี			30. เคยรับการตรวจรักษาด้วย แพทย์ในรอบปีที่ผ่านมา					
14. ลำไส้อักเสบ ท้องเสียเรื้อรัง			31. กำลังรับการรักษาด้วยยา อยู่ ในขณะนี้					
15. ริดสีดวงทวาร			32. ท่านเคยแพ้ยา					
16. นิ่ว เนื้องอก หรือการอักเสบ ของกระเพาะปัสสาวะหรือไต			33. ท่านมีโรคอื่นนอกจากที่กล่าวมาแล้ว					
17. มีเลือด นอน ไขขาว ปนในปัสสาวะ								

ส่วนที่ 3 อธิบายรายละเอียดเพิ่มเติมจากส่วนที่ 2

ขอรับรองว่าข้อความในส่วนที่ 1, 2 และส่วนที่ 3 เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้นำข้อมูลที่แจ้งไว้ข้างบน ไปใช้เพื่อประโยชน์
ทางการแพทย์ในการรักษา ติดตาม ควบคุมดูแลสุขภาพของพนักงาน

ลงชื่อ _____

วัน/เดือน/ปี _____



Health & Medical Services, Thailand

Health Examination Summary

Name _____ **Emp.ID** _____ **Birth Date** _____
Service Date _____ **Job Title** _____ **Location** _____
Company _____ **Personal ID** _____
Smoking History Never smoked smoker _____ years _____ cigarettes/day Quit _____ years
Alcohol _____ drinks/week

<p>General Health Appearance</p> <p>Pulse _____ Blood Pressure _____ mmHg RR _____ Weight _____ kg Height _____ cm BMI _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%;">Normal</th> <th style="width: 10%;">Abnormal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Eyes</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ears</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Nose</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Throat</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dental condition</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Neck&Thyroid</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Breasts</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Lung</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Heart</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Abdomen</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Hernia</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Genitalia</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Rectal/Prostate exam</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Pelvic exam</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Lymph nodes</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Skin</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Musculoskeletal</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Reflexes</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Normal	Abnormal	Eyes			Ears			Nose			Throat			Dental condition			Neck&Thyroid			Breasts			Lung			Heart			Abdomen			Hernia			Genitalia			Rectal/Prostate exam			Pelvic exam			Lymph nodes			Skin			Musculoskeletal			Reflexes			<p>Occupational Health Tests These will be tested & completed by CTEP</p> <p>1.Vision Test</p> <p>Date _____ With eyeglasses Y / N</p> <p>Far Vision</p> <p>VA: Rt. /Lt. / Both eyes _____ / _____ / _____ Phoria/Fusion/Stereopsis _____ / _____ / _____ Color blindness : severe/ mild _____ / _____ Horizontal field tests _____</p> <p>Near Vision</p> <p>VA: Rt. /Lt. / Both eyes _____ / _____ / _____ Phoria/Fusion/Stereopsis _____ / _____ / _____ (A = acceptable, U = unacceptable)</p> <p>2.Vitalogram</p> <p>FVC _____ % FEV₁/FVC _____ (Measured) FEV₁ _____ %</p> <p>3.Audigram</p> <p>Date _____ Result _____</p>
	Normal	Abnormal																																																								
Eyes																																																										
Ears																																																										
Nose																																																										
Throat																																																										
Dental condition																																																										
Neck&Thyroid																																																										
Breasts																																																										
Lung																																																										
Heart																																																										
Abdomen																																																										
Hernia																																																										
Genitalia																																																										
Rectal/Prostate exam																																																										
Pelvic exam																																																										
Lymph nodes																																																										
Skin																																																										
Musculoskeletal																																																										
Reflexes																																																										
<p>BLOOD EXAMINATION</p> <p>Blood group _____ Rh _____ Hb _____ Hct _____ Rbc morphology _____</p> <p>WBC _____ PMN _____ LYMPH _____ MONO _____ EOS _____ BASO _____ BAND _____ Platelets _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%;">Result</th> <th style="width: 20%;">Normal Value</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Sugar</td><td>_____ mg%</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Cholesterol</td><td>_____ mg%</td><td>_____</td></tr> <tr><td>SGOT</td><td>_____ U/L</td><td>_____</td></tr> <tr><td>SGPT</td><td>_____ U/L</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>		Result	Normal Value	Sugar	_____ mg%	_____	Cholesterol	_____ mg%	_____	SGOT	_____ U/L	_____	SGPT	_____ U/L	_____	<p>ECG</p> <p>Rate _____ Rhythm _____ Axis _____ P-R interval _____ QRS. _____ T wave _____ Diagnosis _____</p> <p>URINE EXAMINATION</p> <p>Albumin _____ Sugar _____ Blood _____ WBC _____ RBC _____ Casts _____ Others _____</p> <p>STOOL EXAMINATION</p> <p>Occult Blood _____ Pus _____ Parasite _____ Other _____</p>																																										
	Result	Normal Value																																																								
Sugar	_____ mg%	_____																																																								
Cholesterol	_____ mg%	_____																																																								
SGOT	_____ U/L	_____																																																								
SGPT	_____ U/L	_____																																																								
<p>CHEST X-RAY</p> <p>Date _____ Normal/ Abnormal Describe Abnormalities _____ _____</p>	<p>DETAILS OF ABNORMAL FINDINGS</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																									
<p>Summary :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Suggestion :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																									
<p>Examination Physician Signature _____ Hospital _____ Date _____</p>	<p>CTEP Physician approval _____ Date _____</p>																																																									