



ประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
เรื่อง บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป

ตามที่ได้มีประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ลงวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๘ เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อสรรหาและเลือกสรรเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป ในตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินและบัญชี ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย นั้น

บัดนี้ การเลือกสรรได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรและการขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรร ตามรายชื่อดังต่อไปนี้

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

ลำดับที่	เลขประจำตัวผู้สมัคร	ชื่อ - สกุล	หมายเหตุ
๑	๑๐๐๑	นางสาวณัฐนันท์ นวลจันทร์เพ็ญ	
๒	๑๐๐๔	นางสาวเกวลิณ ยวนแห้ว	

บัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นผล เมื่อครบกำหนด ๑ ปี นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อเป็นต้นไปและในอายุบัญชี ถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้รายชื่อที่ได้ขึ้นบัญชีไว้เป็นอันถูกยกเลิกการขึ้นบัญชีของผู้ขึ้นด้วย คือ

๑. ผู้ขึ้นได้ขอสิทธิไม่เข้ารับการจัดจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร

๒. ผู้ขึ้นไม่มารายงานเพื่อรับการจัดจ้างภายในเวลาที่กำหนด

๓. ผู้ขึ้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตามกำหนดวันเวลาที่ส่วนราชการกำหนด

๔. มีการสรรหาและเลือกสรรพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไปในตำแหน่งเดียวกันนี้อีก และได้ขึ้นบัญชีผู้ผ่านการสรรหาและเลือกสรรพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไปได้ใหม่แล้ว บัญชีผู้ผ่านการสรรหาและเลือกสรรได้ครั้งนี้เป็นอันยกเลิก

ทั้งนี้ ให้ผู้มีรายชื่อตามบัญชีข้างต้นลำดับที่ ๑ - ๒ ของตำแหน่ง มารายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป ในวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๐.๐๐ น. ณ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย หากไม่มารายงานตัวในวัน เวลา ดังกล่าวจะถือว่าสละสิทธิ์

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายไพฑูรย์ เพชรบุรณัติ)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

เอกสารที่ใช้ในวันรายงานตัว

- | | |
|---|--------------|
| 1. สำเนาแสดงผลการเรียนรู้ (Transcript) (กรณีเรียนหลักสูตรต่อเนื่องให้แนบด้วย) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 2. สำเนาปริญญาบัตร/สำเนาประกาศนียบัตร (กรณีเรียนหลักสูตรต่อเนื่องให้แนบด้วย) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 3. สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ | จำนวน 1 ฉบับ |
| 4. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน 1 ฉบับ |
| 5. สำเนาบัตรประชาชน | จำนวน 1 ฉบับ |
| 6. สำเนาหลักฐานอื่น ๆ เช่น ใบสำคัญการสมรส (เฉพาะเพศหญิง) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 7. ใบเปลี่ยนชื่อนามสกุล (กรณีชื่อ - นามสกุล ในหลักฐานการสมัครไม่ตรงกัน) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 8. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย | จำนวน 1 ฉบับ |
| 9. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้ไม่เกิน 1 เดือน และแสดงว่าไม่เป็นโรคที่ต้องห้ามตามกฎ ก.พ.ว่าด้วยโรค (พ.ศ.2566) (ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน) | จำนวน 1 ฉบับ |

หมายเหตุ เอกสารลำดับที่ 1 - 8 ให้รับรองสำเนาทุกฉบับ

ใบรับรองแพทย์

เลขที่

ส่วนที่ ๑ สำหรับผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์..... อีเมล.....

เลขประจำตัวประชาชน ข้าพเจ้าขอหนังสือรับรอง

สุขภาพเพื่อเข้ารับราชการในตำแหน่ง..... กรม

กระทรวง..... โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

๑. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

๒. อุบัติเหตุและการผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

๓. เคยเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยใน ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

๔. ประวัติเกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญ

ข้าพเจ้ายินยอมให้.....(๑) ตรวจสอบ เก็บรวบรวม ใช้ หรือ
เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ เพื่อประโยชน์ในการบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการ
พลเรือนสามัญ

ลงชื่อ

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ ๒ สำหรับแพทย์ผู้ตรวจ

สถานที่ตรวจ วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง (๒)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว

แล้วเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว กก. ความสูง ซม. ความดันโลหิต มม.ปรอท ชีพจร ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ดังนี้

(๑) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

☐ ปรากฏ

☐ ไม่ปรากฏ

(๒) โรคติดยาเสพติดให้โทษ

☐ ปรากฏ

☐ ไม่ปรากฏ

(๓) โรคพิษสุราเรื้อรัง

☐ ปรากฏ

☐ ไม่ปรากฏ

(๔) โรคติดต่อร้ายแรงที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

☐ ปรากฏ

☐ ไม่ปรากฏ

(๕) โรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

โรคทางกาย ☐ ปรากฏ

☐ ไม่ปรากฏ

โรคทางจิต ☐ ปรากฏ

☐ ไม่ปรากฏ

การตรวจพบ.....

.....

เห็นควรส่งตรวจเพิ่มเติม.....

.....

สรุปความเห็นของแพทย์(๓)

.....

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย (๔)
(.....)

หมายเหตุ

(๑) ชื่อส่วนราชการ

(๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๓) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(๔) ประทับตราโรงพยาบาลด้วย

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย