



ประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก  
เรื่อง บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป

ตามที่ได้มีประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ลงวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๘ เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อสรรหาและเลือกสรรเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป ในตำแหน่งเจ้าพนักงานพัสดุ และตำแหน่งพนักงานช่วยเหลือคนไข้ ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย นั้น

บัดนี้ การเลือกสรรได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรและการขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรร ตามรายชื่อดังต่อไปนี้

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานพัสดุ

ลำดับที่	เลขประจำตัวผู้สมัคร	ชื่อ - สกุล	หมายเหตุ
๑	๑๐๐๑	นางสาวอริชพร ดอนชูไพร	

ตำแหน่ง พนักงานช่วยเหลือคนไข้

ลำดับที่	เลขประจำตัวผู้สมัคร	ชื่อ - สกุล	หมายเหตุ
๑	๒๐๐๑	นางสาวสุจิรา วันชัย	
๒	๒๐๐๓	นายชัยพร วงศ์พิสัย	
๓	๒๐๐๔	นางสาวสาวิตรี อยู่โต	
๔	๒๐๐๒	นางสาวรัตนชีกา สีหะวงษ์	

บัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นผล เมื่อครบกำหนด ๑ ปี นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อเป็นต้นไปและในอายุบัญชี ถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้รายชื่อที่ได้ขึ้นบัญชีไว้นี้เป็นอันถูกยกเลิกการขึ้นบัญชีของผู้ขึ้นด้วย คือ

๑. ผู้ขึ้นได้ขอสละสิทธิ์ไม่เข้ารับการจัดจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร


๒. ผู้ขึ้นไม่มารายงานเพื่อรับการจัดจ้างภายในเวลาที่กำหนด

๓. ผู้ขึ้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตามกำหนดวันเวลาที่ส่วนราชการกำหนด

๔. มีการสรรหาและเลือกสรรพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไปในตำแหน่งเดียวกันนี้อีก และได้ขึ้นบัญชีผู้ผ่านการสรรหาและเลือกสรรพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไปได้ใหม่แล้ว บัญชีผู้ผ่านการสรรหาและเลือกสรรได้ครั้งนี้เป็นอันยกเลิก

ทั้งนี้ ให้ผู้มีรายชื่อตามบัญชีข้างต้นลำดับที่ ๑ ของแต่ละตำแหน่ง มารายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป ในวันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๐.๐๐ น. ณ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย หากไม่มารายงานตัวในวันเวลาดังกล่าว จะถือว่าสละสิทธิ์

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายไกรสุข เพชรบุรีนนท์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

## เอกสารที่ใช้ในวันรายงานตัว

1. สำเนาแสดงผลการเรียน (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 และแสดงว่าไม่เป็นโรคที่ต้องห้าม ตามกฎ 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