

ร่าง

ประกาศจังหวัดชลบุรี

เรื่อง บัญชีประกาศรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป
ตำแหน่งเภสัชกร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ตามประกาศจังหวัดชลบุรี ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมิน
ความรู้ ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ครั้งที่ ๑ และมีสิทธิเข้ารับการประเมินความรู้ ความสามารถ ทักษะ
และสมรรถนะ ครั้งที่ ๒ (สัมภาษณ์) ในตำแหน่งเภสัชกร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กำหนดให้
ดำเนินการประเมินสมรรถนะ โดยวิธีสอบสัมภาษณ์ ในวันศุกร์ที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๙.๐๐ น.
ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี นั้น

บัดนี้ การเลือกสรรพนักงานราชการทั่วไป ได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อ
ผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งเภสัชกร ตามรายชื่อแนบท้ายประกาศฉบับนี้

บัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นสุด เมื่อครบกำหนด ๒ ปี นับตั้งแต่วันประกาศ
รายชื่อเป็นต้นไป และในอายุบัญชีถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้รายชื่อที่ได้ขึ้นบัญชีไว้เป็นอันถูก
ยกเลิกการขึ้นบัญชีของผู้นั้นด้วย คือ

๑. มีการสรรหาและเลือกสรรในตำแหน่งเดียวกันนี้ใหม่ และได้ขึ้นบัญชีผู้ผ่านการสรรหาได้
ใหม่แล้ว บัญชีผู้ผ่านการเลือกสรรได้ครั้งนี้เป็นอันยกเลิก

๒. ผู้นั้นได้ขอสละสิทธิไม่เข้ารับการจัดจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร

๓. ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างภายในเวลาที่กำหนด

๔. ผู้นั้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตามกำหนดวันเวลาที่ส่วนราชการกำหนด

ประกาศ ณ วันที่ ๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

< ๑๒
๑๒

บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป
ตำแหน่งเภสัชกร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
แนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี ลงวันที่ ๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ลำดับที่	เลขประจำตัวผู้สมัคร	ชื่อ - นามสกุล	หมายเหตุ
๑	๓๐๐๑	นายชัยพัฒน์ ฉัตรศิริณพคุณ	

ให้ผู้สอบได้ตำแหน่งเภสัชกร ลำดับที่ ๑ มารายงานตัวเพื่อเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน พร้อมปฏิบัติงาน และทำสัญญาจ้างพนักงานราชการทั่วไป ในวันอังคารที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล อาคารชลนุสรณ์ ๑๐๐ ปี ชั้น ๓ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี พร้อมเอกสารหลักฐานดังต่อไปนี้

- | | |
|--|--------------|
| ๑. รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด ๑.๕ x ๑ นิ้ว | จำนวน ๒ รูป |
| ๒. สำเนาใบปริญญาบัตร | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๓. สำเนาระเบียงแสดงผลการศึกษา หรือทรานสคริป (ฉบับภาษาไทย) | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๔. สำเนาวุฒิการศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (กรณีเรียนหลักสูตรต่อเนื่อง) | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๕ ฉบับ |
| ๖. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๗. สำเนาใบผ่านทหารกองเกิน (สด.๘) , (สด.๙) และ (สด.๔๓) หรือได้รับการยกเว้น (สำหรับผู้สมัครเพศชาย) | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๘. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๙. สำเนาใบทะเบียนสมรส (กรณีจดทะเบียนสมรส) | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๑๐. สำเนาใบประกอบวิชาชีพ (กลุ่มวิชาชีพเฉพาะ) | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๑๑. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๑๒. ใบรับรองแพทย์ ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน และแสดงว่าไม่เป็นโรคที่ต้องห้ามตาม | |
- กฎ ก.พ. ว่าด้วยโรค พ.ศ. ๒๕๖๖ ซึ่งออกโดยโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนเท่านั้น ตามเอกสารแนบท้ายประกาศฯ (สำเนาเอกสารตามข้อ ๒ - ๑๐ ให้ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)

การจัดจ้าง หากภายหลังปรากฏว่า ผู้ผ่านการเลือกสรรมีคุณสมบัติไม่ตรงตามคุณสมบัติเฉพาะ สำหรับตำแหน่งที่ได้ระบุไว้ในประกาศรับสมัคร จะถือว่าผู้ผ่านการเลือกสรรผู้นั้นเป็นผู้ขาดคุณสมบัติ ไม่มีสิทธิ์ ได้รับการพิจารณาจัดจ้าง และหากไม่มารายงานตัวตามวัน เวลา ดังกล่าวจะถือว่าท่านสละสิทธิ์ในการจัดจ้าง เป็นพนักงานราชการในครั้งนี้

๑๒

๑๒

ใบรับรองแพทย์

เลขที่.....

ส่วนที่ ๑ สำหรับผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่สามารถติดต่อได้.....

โทรศัพท์.....อีเมล.....

เลขประจำตัวประชาชน.....ข้าพเจ้าขอหนังสือรับรองสุขภาพเพื่อเข้ารับราชการใน

ตำแหน่ง.....กรม...สำนักงานปลัดกระทรวง...กระทรวง...สาธารณสุข...โดยมี
ประวัติสุขภาพดังนี้

๑. โรคประจำตัว ไม่มี มี (ระบุ).....
๒. อุบัติเหตุและผ่าตัด ไม่มี มี (ระบุ).....
๓. เคยเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยใน ไม่มี มี (ระบุ).....
๔. ประวัติเกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญ.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.....(๑) ตรวจสอบ เก็บรวบรวม ใช้
หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ เพื่อประโยชน์ในการบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการ
พลเรือนสามัญ และพนักงานราชการทั่วไป

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).....

ขอรับรองบุคคลดังกล่าว ดังนี้

(๑) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

ปรากฏ ไม่ปรากฏ

(๒) โรคติดยาเสพติดให้โทษ

ปรากฏ ไม่ปรากฏ

(๓) โรคพิษสุราเรื้อรัง

ปรากฏ ไม่ปรากฏ

(๔) โรคติดต่อร้ายแรงที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

ปรากฏ ไม่ปรากฏ

(๕) โรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

ปรากฏ ไม่ปรากฏ

โรคทางกาย ปรากฏ ไม่ปรากฏ

โรคทางจิต ปรากฏ ไม่ปรากฏ

การตรวจพบ.....

.....

เห็นควรส่งตรวจเพิ่มเติม.....

.....

สรุปความคิดเห็นของแพทย์.....(๓)

.....

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย (๔)

(.....)

หมายเหตุ

(๑) ชื่อส่วนราชการ

(๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๓) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(๔) ประทับตราโรงพยาบาลด้วย

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย