



ประกาศจังหวัดชลบุรี

เรื่อง บัญชีประกาศรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป
ตำแหน่งเภสัชกร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ตามประกาศจังหวัดชลบุรี ลงวันที่ ๑๖ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินความรู้ ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ครั้งที่ ๑ และมีสิทธิเข้ารับการประเมินความรู้ ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ครั้งที่ ๒ (สัมภาษณ์) ในตำแหน่งเภสัชกร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กำหนดให้ดำเนินการประเมินสมรรถนะ โดยวิธีสอบสัมภาษณ์ ในวันที่พุธที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๙.๓๐ น. ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี นั้น

บัดนี้ การเลือกสรรพนักงานราชการทั่วไป ได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งเภสัชกร ตามรายชื่อแนบท้ายประกาศฉบับนี้

บัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นผล เมื่อครบกำหนด ๒ ปี นับตั้งแต่วันประกาศรายชื่อเป็นต้นไป และในอายุบัญชีถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้รายชื่อที่ได้ขึ้นบัญชีไว้เป็นอันถูกยกเลิกการขึ้นบัญชีของผู้นั้นด้วย คือ

๑. มีการสรรหาและเลือกสรรในตำแหน่งเดียวกันนี้ใหม่ และได้ขึ้นบัญชีผู้ผ่านการสรรหาได้ใหม่แล้ว บัญชีผู้ผ่านการเลือกสรรได้ครั้งนี้เป็นอันยกเลิก
๒. ผู้นั้นได้ขอสละสิทธิไม่เข้ารับการจัดจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร
๓. ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อรับการจ้างภายในเวลาที่กำหนด
๔. ผู้นั้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตามกำหนดวันเวลาที่ส่วนราชการกำหนด

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายพงศ์ธัช ปิจนนท์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี

บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป
ตำแหน่งเภสัชกร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
แนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี ลงวันที่ ๓๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

ตำแหน่งเภสัชกร

ลำดับที่	เลขประจำตัว ผู้สมัคร	ชื่อ - นามสกุล	หมายเหตุ
๑	๕๐๐๑	นางสาวสิตานันท์ แก้วใส	

ให้ผู้สอบได้ตำแหน่งเภสัชกร ลำดับที่ ๑ มารายงานตัวเพื่อเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน ทำสัญญาจ้างพนักงานราชการทั่วไป และปฏิบัติงาน ในวันจันทร์ที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล อาคารชลนุสรณ์ ๑๐๐ ปี ชั้น ๓ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี พร้อมเอกสารหลักฐานดังต่อไปนี้

- | | |
|---|--------------|
| ๑. รูปถ่ายหน้าตรง (ชุดขาวพนักงานราชการ) ขนาด ๑ นิ้ว | จำนวน ๒ รูป |
| ๒. สำเนาใบปริญญาบัตร | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๓. สำเนาระเบียนแสดงผลการศึกษา หรือทรานสคริป (ฉบับภาษาไทย) | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๔. สำเนาวุฒิการศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง
(กรณีเรียนหลักสูตรต่อเนื่อง) | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๕. สำเนาใบประกอบวิชาชีพ | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๖. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๕ ฉบับ |
| ๗. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๘. สำเนาใบผ่านทหารกองเกิน (สด.๘) , (สด.๙) และ (สด.๔๓)
หรือได้รับการยกเว้น (สำหรับผู้สมัครเพศชาย) | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๙. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๑๐. สำเนาใบทะเบียนสมรส (กรณีจดทะเบียนสมรส) | 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 ผู้ผ่านการเลือกสรรมีคุณสมบัติไม่ตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งที่ได้รับบรรจุไว้ในประกาศรับสมัคร จะถือว่าผู้ผ่านการเลือกสรรผู้นั้นเป็นผู้ขาดคุณสมบัติ ไม่มีสิทธิ์ได้รับการพิจารณาจัดจ้าง และหากไม่มารายงานตัวตามวัน เวลา ดังกล่าวจะถือว่าท่านสละสิทธิ์ในการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไปในครั้งนี้

ใบรับรองแพทย์

เลขที่.....

ส่วนที่ ๑ สำหรับผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่สามารถติดต่อได้.....

โทรศัพท์.....อีเมล์.....

เลขประจำตัวประชาชน.....ข้าพเจ้าขอหนังสือรับรองสุขภาพเพื่อเข้ารับราชการ
ในตำแหน่ง.....กรม...สำนักงานปลัดกระทรวง...กระทรวง...สาธารณสุข...โดย
มีประวัติสุขภาพดังนี้๑. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....๒. อุบัติเหตุและผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....๓. เคยได้รับการรักษาในฐานะผู้ป่วยใน ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

๔. ประวัติเกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญ.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.....(๑) ตรวจสอบ เก็บรวบรวม ใช้
หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้รับไว้ในหนังสือฉบับนี้ 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