ประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์

ตามประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี ลงวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๖ เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ นั้น

บัดนี้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการเลือกสรรเสร็จสิ้นแล้ว จึงขอประกาศ ดังนี้

๑. รายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรและขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรร ในตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์

ลำดับที่	เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ - นามสกุล
๑	๐๐๑	นายนิติศักดิ์ ศรีเพ็งแก้ว

๒. บัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นผลเมื่อครบกำหนด ๒ ปี นับตั้งแต่วันประกาศรายชื่อเป็นต้นไป และในอายุบัญชีถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้รายชื่อที่ได้ขึ้นบัญชีไว้นี้เป็นอันถูกยกเลิกการขึ้นบัญชีของผู้นั้นด้วย คือ

๒.๑ ผู้นั้นได้ขอสละสิทธิไม่เข้ารับการจัดจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร

๒.๒ ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อเข้ารับการจัดจ้างภายในเวลาที่กำหนด

๒.๓ ผู้นั้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตามวัน เวลา ที่ส่วนราชการกำหนด

๓. หากปรากฏภายหลังว่าผู้สมัครรายใดมีคุณสมบัติไม่ตรงตามประกาศรับสมัคร หรือคุณวุฒิที่สมัครไม่ตรงตามหลักเกณฑ์ที่ ก.พ. กำหนด ถึงแม้ว่าผู้สมัครรายนั้นจะเป็นผู้ผ่านการเลือกสรรก็จะไม่มีสิทธิได้รับการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไปในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร

๔. ให้ผู้ผ่านการเลือกสรรดังกล่าว มารายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป **ในวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖** เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มบริหารทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี เลขที่ ๒๙/๘๕ หมู่ ๔ ถนนวชิรปราการ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี พร้อมเอกสารที่ใช้รายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้าง หากไม่มารายงานตัวในวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว จะถือว่าสละสิทธิ์

๕. เอกสารที่ใช้ประกอบการรายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ดังนี้

๕.๑ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๕.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๕.๓ ใบรับรองแพทย์ซึ่งแสดงว่าไม่เป็นโรคต้องห้ามตามกฎ ก.พ. ว่าด้วยโรค พ.ศ. ๒๕๖๖ พร้อมสำเนา (แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้) จำนวน ๑ ฉบับ

๕.๔ สำเนาประกาศนียบัตรและสำเนาระเบียนแสดงผลการศึกษา (Transcript of Records ฉบับสมบูรณ์) อย่างละ ๑ ฉบับ

๕.๕ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อหรือทะเบียนสมรส (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖

(นางลานทิพย์ เหราบัตย์)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี

ใบรับรองแพทย์

เลขที่ .....

ส่วนที่ ๑ สำหรับผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

อีเมล..... เลขประจำตัวประชาชน.....

ข้าพเจ้าขอหนังสือรับรองสุขภาพเพื่อเข้ารับการจ้าง ในตำแหน่ง.....

กอง/สำนักงาน/สถาบัน..... กรมควบคุมโรค

โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

๑. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) .....

๒. อุบัติเหตุและการผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) .....

๓. เคยเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยใน ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) .....

๔. ประวัติเกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญ.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้ กอง/สำนักงาน/สถาบัน.....(๑) ตรวจสอบ เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ เพื่อประโยชน์ในการจ้างเป็น ☐ พนักงานราชการทั่วไป ☐ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป

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)

(.....)

<u>หมายเหตุ</u> *(๑) ชื่อส่วนราชการ*

(๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๓) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(๔) ประทับตราโรงพยาบาลด้วย

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย