



ประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ จังหวัดพิษณุโลก
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินสมรรถนะเพิ่มเติมเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป
ในตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคล ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ จังหวัดพิษณุโลก

ตามที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ จังหวัดพิษณุโลก ได้ดำเนินการนำรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งนักวิเคราะห์นโยบายและแผน ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งประกาศขึ้นบัญชีเมื่อวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ และยังไม่ได้รับการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป จำนวน ๘ ราย มาสมัครเข้ารับการประเมินสมรรถนะเพิ่มเติมเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคล ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ จังหวัดพิษณุโลก นั้น

บัดนี้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ จังหวัดพิษณุโลก ได้ประเมินสมรรถนะเพิ่มเติมผู้ที่สมัครเข้ารับการประเมินในตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคลแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินสมรรถนะเพิ่มเติมเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งทรัพยากรบุคคล ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ จังหวัดพิษณุโลก ตามบัญชีรายชื่อดังต่อไปนี้

ลำดับที่	เลขประจำตัวสอบ	เลขประจำตัวสอบเดิม	ชื่อ - สกุล
๑	๐๔	๒๔	นายวุฒิพงษ์ ธรรมดีกุล
๒	๐๑	๓๔	นายวีระยุทธ สนศิริ
๓	๐๓	๓๐	นางสาวพิชญา อ่อนพรม
๔	๐๒	๒๐	นายธรรมบุตร บุญสุวรรณ

ทั้งนี้ ให้ผู้มีรายชื่อตามบัญชีข้างต้นลำดับที่ ๑ มารายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ที่งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มบริหารทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ ๓๐๖ ถนนพิษณุโลก - วัดโบสถ์ ตำบลหัวรอ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ในวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐ น. หากไม่มารายงานตัวในวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว จะถือว่าสละสิทธิ์ พร้อมเอกสารที่ต้องใช้ในการรายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้าง ตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นางสาวพรสุรางค์ ราชภักดี)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ รักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ จังหวัดพิษณุโลก

เอกสารแนบท้ายประกาศ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ จังหวัดพิษณุโลก
ลงวันที่ ธันวาคม ๒๕๖๖

เอกสารที่ต้องใช้ในการรายงานตัวเพื่อรับการฉีดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ดังนี้

- | | |
|---|--------------|
| (๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๒ ฉบับ |
| (๒) สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๒ ฉบับ |
| (๓) สำเนาหลักฐานการศึกษา | จำนวน ๒ ฉบับ |
| (๔) ใบรับรองแพทย์ซึ่งแสดงว่าไม่เป็นโรคต้องห้าม
ตามกฎหมาย ก.พ.ว่าด้วยโรค พ.ศ. ๒๕๖๖
ออกให้ไม่เกิน ๑ เดือนพร้อมสำเนา | จำนวน ๒ ฉบับ |
| หมายเหตุ ๑. ให้ใช้แบบใบรับรองแพทย์ตามเอกสารที่แนบ
มาพร้อมนี้ | |
| ๒. ผู้ที่จะเข้ารับการจ้างต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพ
ที่โรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน | |
| ๓. ผู้ที่จะเข้ารับการจ้างเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย
ในการตรวจสุขภาพทั้งหมด | |
| (๕) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล หรือ ทะเบียนสมรส (ถ้ามี) | จำนวน ๒ ฉบับ |

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 เพื่อประโยชน์
ในการจ้างเป็น 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)

.....

.....

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย (๔)

(.....)

หมายเหตุ

(๑) ชื่อส่วนราชการ

(๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๓) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(๔) ประทับตราโรงพยาบาลด้วย

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย