ประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินสมรรถนะเพิ่มเติมเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป
ในตำแหน่งนายช่างเทคนิค ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์

ตามที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ ได้ดำเนินการนำรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งนายช่างเทคนิค ของกรมการข้าว ซึ่งประกาศขึ้นบัญชีเมื่อวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๖ มาขึ้นบัญชีเป็นผู้ผ่านการประเมินสมรรถนะเพิ่มเติมเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งนายช่างเทคนิค ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ นั้น

บัดนี้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ ได้ดำเนินการประเมินสมรรถนะเพิ่มเติมผู้ที่สมัครเข้ารับการประเมิน ในตำแหน่งนายช่างเทคนิคแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่าน การประเมินสมรรถนะเพิ่มเติมเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งนายช่างเทคนิค ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ ดังต่อไปนี้

ลำดับที่	เลขประจำตัวสอบ	เลขประจำตัวสอบเดิม	ชื่อ - สกุล	
๑	๑	๑๐๐๐๐๑๐	นายณัฐพร	จำปาเกตุ
๒	๒	๑๐๐๐๐๐๑	นายนิรุต	ช่วยคุณ
๓	๔	๑๐๐๐๐๒๑	นายศุภกิตติ์	นออินทร์
๔	๓	๑๐๐๐๐๑๕	นายธัชนนท์	กรพันธ์

ทั้งนี้ ให้ผู้มีรายชื่อลำดับที่ ๑ ไปรายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มพัฒนาองค์กร อาคารสุพรรณิการ์ ชั้น ๓ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ เลขที่ ๕๑๖/๖๖ หมู่ ๑๐ ถนนพหลโยธิน ตำบลนครสวรรค์ตก อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ พร้อมเอกสารที่ต้องใช้ในการรายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างตามเอกสารแนบ หากไม่มารายงานตัวในวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว จะถือว่าสละสิทธิ์

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗

(นางสาวหรรษา รักษาคม)
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ นครสวรรค์

อัตลักษณ์ : ซื่อสัตย์ เสียสละ รับผิดชอบ

เอกสารแนบท้ายประกาศ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ จังหวัดนครสวรรค์
ลงวันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

เอกสารที่ต้องใช้ในการรายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ดังนี้

(๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๒ ฉบับ

(๒) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๒ ฉบับ

(๓) สำเนาหลักฐานการศึกษา จำนวน ๒ ฉบับ

(๔) ใบรับรองแพทย์ซึ่งแสดงว่าไม่เป็นโรคต้องห้าม
ตามกฎ ก.พ.ว่าด้วยโรค พ.ศ. ๒๕๖๖
ออกให้ไม่เกิน ๑ เดือนพร้อมสำเนา จำนวน ๒ ฉบับ

หมายเหตุ ๑. ให้ใช้แบบใบรับรองแพทย์ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้
๒. ผู้ที่จะเข้ารับการจ้างต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน
๓. ผู้ที่จะเข้ารับการจ้างเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพทั้งหมด

(๕) สำนาใบเปลี่ยนชื่อ - 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 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