



ประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ

ตามที่ได้มีประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ นครราชสีมา ลงวันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๗ เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไปในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ไปแล้ว นั้น

บัดนี้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา ได้ดำเนินการเลือกสรรในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ เสร็จสิ้นแล้ว จึงขอประกาศ ดังนี้

๑. รายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรและการขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรรตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ

ลำดับ	เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ-นามสกุล
๑	๖๗๐๐๑	นางแสงเดือน สุรเชษฐกิจ

๒. บัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นสุด เมื่อครบกำหนด ๒ ปี นับตั้งแต่วันประกาศรายชื่อเป็นต้นไป และในอายุบัญชีถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้รายชื่อที่ได้ขึ้นบัญชีไว้นี้เป็นอันถูกยกเลิกการขึ้นบัญชีของผู้นั้นด้วย คือ

๒.๑ ผู้นั้นได้สละสิทธิไม่เข้ารับการจัดจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร

๒.๒ ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อเข้ารับการจัดจ้างภายในเวลาที่กำหนด

๒.๓ ผู้นั้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตามวัน เวลา ที่ส่วนราชการกำหนด

๓. หากปรากฏภายหลังว่า ผู้สมัครสอบรายใดมีคุณสมบัติทั่วไปหรือคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งไม่ตรงตามประกาศรับสมัครสอบ หรือคุณสมบัติที่ยื่นสมัครสอบไม่ตรงตามหลักเกณฑ์ที่ ก.พ. กำหนด ถึงแม้ว่าผู้สมัครสอบรายนั้นจะเป็นผู้ผ่านการเลือกสรร ก็จะไม่สิทธิได้รับการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไปในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรรฯ

๔. ให้ผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ลำดับที่ ๑ มารายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในวันพฤหัสบดีที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ กลุ่มบริหารทั่วไป งานการเจ้าหน้าที่ ชั้น ๒ อาคารอำนวยการและศูนย์ฝึกอบรมนักระบาดวิทยาภาคสนาม สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา เลขที่ ๕๒๙ หมู่ ๙ ถนนราชสีมา - โชคชัย ตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

๕. หลักฐานที่ต้องนำมาแสดงในวันรายงานตัว

๕.๑ บัตรบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมสำเนา จำนวน ๒ ฉบับ

๕.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๒ ฉบับ

๕.๓ สำเนาปริญญาบัตร สำเนาระเบียนแสดงผลการศึกษา (Transcript of Records)

ฉบับสมบูรณ์ และสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ จำนวนอย่างละ ๒ ฉบับ

๕.๔ ใบรับรอง...

๕.๔ ใบรับรองแพทย์ซึ่งแสดงว่าไม่เป็นโรคต้องห้ามตามกฎหมาย ก.พ. ว่าด้วยโรค พ.ศ. ๒๕๖๖ ออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

- หมายเหตุ
๑. ให้ใช้แบบใบรับรองแพทย์ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้
 ๒. ผู้ที่จะเข้ารับการจ้างต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น
 ๓. ผู้ที่จะเข้ารับการจ้างเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพทั้งหมด

๕.๕ รูปถ่ายหน้าตรงชุดปกติขาว ขนาด ๑ x ๑.๕ นิ้ว (ถ่ายไม่เกิน ๓ เดือน) จำนวน ๓ รูป

๕.๖ สำเนาหลักฐานอื่น ๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ในกรณีที่ชื่อ-นามสกุลในหลักฐานการสมัครไม่ตรงกัน) หรือทะเบียนสมรส (ถ้ามี) จำนวน ๒ ฉบับ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗



(นายวิทชัย วิชญโยธิน)

ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา

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. เคยเข้ารับการรักษาในสถานะผู้ป่วยใน 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