



ประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการสอบคัดเลือกเพื่อจัดจ้างบุคคลเข้าปฏิบัติงานเป็นลูกจ้างโครงการยุติปัญหาวัณโรค
และเอ็ดส์ ด้วยชุดบริการ RRTTPR (Stop TB and AIDS through year ๒๐๒๔-๒๖ : STAR)
ในตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์

ตามประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ เรื่อง ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ
เข้ารับการสอบคัดเลือกเพื่อจัดจ้างบุคคลเข้าปฏิบัติงานเป็นลูกจ้างโครงการยุติปัญหาวัณโรคและเอ็ดส์ด้วยชุด
บริการ RRTTPR (Stop TB and AIDS through year ๒๐๒๔-๒๖ : STAR) ในตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์
ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๗ ซึ่งได้ดำเนินการขยายเวลารับสมัครตั้งแต่วันที่ ๕ - ๒๘ สิงหาคม
๒๕๖๗ และได้สอบคัดเลือก (สอบสัมภาษณ์) ในวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๖๗ นั้น

บัดนี้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ ได้ดำเนินการสอบเสร็จสิ้นแล้ว
จึงประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสอบคัดเลือกบุคคลเป็นลูกจ้างโครงการฯ ตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ ดังนี้

๑. รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก

ตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์

ลำดับที่	เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ - สกุล
๑	๑	นายธีรพล ชัยโย

๒. บัญชีรายชื่อดังกล่าว ถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้รายชื่อที่ได้ขึ้นบัญชีไว้เป็นอัน
ถูกยกเลิกการขึ้นบัญชีของผู้นั้นด้วย คือ

๑. ผู้นั้นได้ขอสละสิทธิไม่เข้ารับการจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการคัดเลือก
๒. ผู้นั้นไม่มารายงานเพื่อรับการจ้างภายในเวลาที่กำหนด
๓. ผู้นั้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตามกำหนดวันเวลาที่ส่วนราชการกำหนด

๓. หากปรากฏภายหลังว่า ตำแหน่งไม่ตรงตามประกาศรับสมัครสอบ หรือคุณสมบัติที่ยื่นสมัครสอบ
ไม่ตรงตามหลักเกณฑ์ที่ ก.พ.กำหนด ถึงแม้ว่า ผู้สมัครสอบรายนั้นจะเป็นผู้ผ่านการคัดเลือก ก็จะไม่ได้รับ
การจ้างเป็นลูกจ้างโครงการฯ ในตำแหน่งที่ผ่าน ผู้สมัครสอบรายใดมีคุณสมบัติทั่วไปหรือคุณสมบัติเฉพาะ
สำหรับการคัดเลือกฯ

๔. ให้ผู้มีรายชื่อตามบัญชีผ่านการคัดเลือกลำดับที่ ๑ มารายงานตัว เพื่อรับการจ้างเป็นลูกจ้าง
โครงการฯ ในวันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๖๗ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ กลุ่มพัฒนาองค์กร สำนักงานป้องกันควบคุมโรค
ที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ หากไม่มารายงานตัวตามวันและเวลาดังกล่าวถือว่าสละสิทธิ์

๕. เอกสารที่ต้องใช้ในการรายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างเป็นลูกจ้างโครงการฯ
- | | | |
|--|-------|--------|
| (๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน | ๒ ฉบับ |
| (๒) สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน | ๒ ฉบับ |
| (๓) สำเนาหลักฐานการศึกษา | จำนวน | ๒ ฉบับ |
| (๔) สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาเทคนิคการแพทย์ จำนวน ๒ ฉบับ
หรือ สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ | | |
| (๕) ใบรับรองแพทย์ซึ่งแสดงว่าไม่เป็นโรคต้องห้ามตามกฎหมาย ก.พ. จำนวน ๒ ฉบับ
ว่าด้วยโรค พ.ศ. ๒๕๖๖ ออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน ที่ออกโดย
โรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน <u>พร้อมสำเนา</u> | | |
| (๖) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อหรือทะเบียนสมรส (ถ้ามี) | จำนวน | ๒ ฉบับ |

ประกาศ ณ วันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗



(นางสาวพรรษา รักษาคม)
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ นครสวรรค์

อัตลักษณ์ : ชื่อสัตย์ เสียสละ รับผิดชอบ

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