



ประกาศสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
เรื่อง บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเป็นลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง
ตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ

ตามประกาศสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค ลงวันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๗ เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการประเมินความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะและกำหนดวัน เวลา สถานที่สอบ ลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง ตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ นั้น

บัดนี้ การคัดเลือกได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกฯ ตามรายชื่อดังต่อไปนี้

ตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ

ลำดับที่	เลขประจำตัวผู้สมัคร	ชื่อ - สกุล	หมายเหตุ
๑	๑๐๐๑	นายธนกร ปลั่งกลาง	

บัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นผล เมื่อครบกำหนด ๑ ปี นับตั้งแต่วันประกาศรายชื่อ เป็นต้นไป ถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้รายชื่อที่ได้ขึ้นบัญชีไว้เป็นอันถูกยกเลิกการขึ้นบัญชีของผู้นั้นด้วย คือ

๑. ผู้นั้นได้ขอสละสิทธิไม่เข้ารับการจัดจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการคัดเลือก
๒. ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างภายในเวลาที่กำหนด
๓. ผู้นั้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตาม วัน เวลา ที่ส่วนราชการกำหนด

ทั้งนี้ ให้ผู้มีรายชื่อลำดับที่ ๑ มารายงานตัวพร้อมใบรับรองแพทย์ เพื่อรับการจัดจ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง ตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ ที่งานบริหารทรัพยากรบุคคล กลุ่มบริหารทั่วไป ชั้น ๖ อาคาร ๓ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ในวันอังคารที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๘.๓๐ น.

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายไพฑูริ์ สิงห์คำ)

ผู้อำนวยการสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

หมายเหตุ ผู้ที่จะเข้ารับการจัดจ้างต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพเฉพาะที่โรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลเอกชน เท่านั้น

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

อื่น ๆ

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