



ประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินสมรรถนะเพิ่มเติมเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป
ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์

ตามที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ ได้ดำเนินการนำรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ของกรมควบคุมโรค ซึ่งประกาศขึ้นบัญชีเมื่อวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๗ มาขึ้นบัญชีเป็นผู้ผ่านการประเมินสมรรถนะเพิ่มเติมเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ นั้น

บัดนี้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ ได้ดำเนินการประเมินสมรรถนะเพิ่มเติมผู้ที่สมัครเข้ารับการประเมิน ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินสมรรถนะเพิ่มเติมเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ ดังต่อไปนี้

ลำดับที่	เลขประจำตัวสอบ	เลขประจำตัวสอบเดิม	ชื่อ - สกุล
๑	๔	๖๗๐๑๐๒๑๒	นางสาวสุทธิษา จันเขียน
๒	๕	๖๗๐๑๐๔๕๓	นายฤทธิเกียรติ เตชะ
๓	๒	๖๗๐๑๐๐๒๓	นายพนม พรหมโสภา
๔	๑	๖๗๐๑๐๐๗๗	นางสาวภัทราพร บุญศิริ
๕	๖	๖๗๐๑๐๐๙๘	นางสาวสุจินดา ศิริยั้งยืนสกุล

ทั้งนี้ ให้ผู้มีรายชื่อลำดับที่ ๑ ไปรายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มพัฒนาองค์กร อาคารสุพรรณิการ์ ชั้น ๓ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ เลขที่ ๕๑๖/๖๖ หมู่ ๑๐ ถนนพหลโยธิน ตำบลนครสวรรค์ตก อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ พร้อมเอกสารที่ต้องใช้ในการรายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างตามเอกสารแนบ หากไม่มีรายงานตัวในวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว จะถือว่าสละสิทธิ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นางสาวหรรษา รักษาคม)

ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ นครสวรรค์

อัครลักษณ์ : ชื่อสัตย์ เสียดสะ รับผิดชอบ

เอกสารแนบท้ายประกาศ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์
ลงวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๗

เอกสารที่ต้องใช้ในการรายงานตัวเพื่อรับการฉีดวัคซีนเป็นพนักงานราชการทั่วไป 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. ผู้ที่จะเข้ารับการฉีดต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพ
ที่โรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน | |
| ๓. ผู้ที่จะเข้ารับการฉีดเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย
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. 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