



ประกาศสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง  
เรื่อง บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเป็นลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง  
ตำแหน่งพนักงานขับรถยนต์

ตามประกาศสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค ลงวันที่ ๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการประเมินความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะและกำหนดวัน เวลา สถานที่สอบ ลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง ตำแหน่งพนักงานขับรถยนต์ นั้น

บัดนี้ การคัดเลือกได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกฯ ตามรายชื่อดังต่อไปนี้

ตำแหน่งพนักงานขับรถยนต์

ลำดับที่	เลขประจำตัวผู้สมัคร	ชื่อ - สกุล	หมายเหตุ
๑	๑๐๐๑	นายนิรันดร์ สุทนต์	
๒	๑๐๐๒	นายอุเทน วิจารจิตร	

บัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นสุด เมื่อครบกำหนด ๑ ปี นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อ เป็นต้นไป ถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้รายชื่อที่ได้ขึ้นบัญชีไว้เป็นอันถูกยกเลิกการขึ้นบัญชีของผู้นั้นด้วย คือ

๑. ผู้นั้นได้ขอสละสิทธิไม่เข้ารับการจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการคัดเลือก
๒. ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อรับการจ้างภายในเวลาที่กำหนด
๓. ผู้นั้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตาม วัน เวลา ที่ส่วนราชการกำหนด

ทั้งนี้ ให้ผู้มีรายชื่อลำดับที่ ๑ มารายงานตัวพร้อมใบรับรองแพทย์ เพื่อรับการจ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง ตำแหน่งพนักงานขับรถยนต์ ที่งานบริหารทรัพยากรบุคคล กลุ่มบริหารทั่วไป ชั้น ๖ อาคาร ๓ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ในวันจันทร์ที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๘.๓๐ น.

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายไมท สิงห์คำ)

ผู้อำนวยการสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

หมายเหตุ ผู้ที่จะเข้ารับการจ้างต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพเฉพาะที่โรงพยาบาลของรัฐ 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)

.....

.....

ลงชื่อ .....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย (๔)

(.....)

**หมายเหตุ**

(๑) ชื่อส่วนราชการ

(๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๓) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(๔) ประทับตราโรงพยาบาลด้วย

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย