



**ประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี**  
**เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป ในตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป**

ตามที่ได้มีประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี ลงวันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๗ เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป นั้น

บัดนี้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี ได้ดำเนินการสรรหาและเลือกสรรเสร็จสิ้นแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป และขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรร ตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ (เอกสารหมายเลข ๑)

บัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นผล เมื่อครบกำหนด ๒ ปี นับตั้งแต่วันประกาศรายชื่อเป็นต้นไป และในอายุบัญชีถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ ให้รายชื่อที่ขึ้นบัญชีไว้เป็นอันถูกยกเลิกการขึ้นบัญชีของผู้นั้นด้วย คือ

๑. ผู้นั้นได้ขอละสิทธิไม่เข้ารับการจัดจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร
๒. ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อเข้ารับการจัดจ้างภายในเวลาที่กำหนด
๓. ผู้นั้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตามกำหนด วัน เวลา ที่ส่วนราชการกำหนด

ทั้งนี้ ให้ผู้มีรายชื่อตามบัญชีข้างต้น ลำดับที่ ๑ มารายงานตัวเพื่อเข้ารับการจัดจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป ในตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป และเริ่มปฏิบัติงาน **ในวันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๗** เวลา ๐๘.๓๐ น. ที่งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มพัฒนาองค์กร และบุคคล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี ตำบลพระพุทธรบาท อำเภอพระพุทธรบาทจังหวัดสระบุรี หากไม่มารายงานตัวตามวัน และเวลาดังกล่าว จะถือว่าละสิทธิ

เอกสารที่ต้องใช้ในการรายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป

- |   |              |
|---|--------------|
| ๑. สำเนาทะเบียนบ้าน   | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน   | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๓. ใบรับรองแพทย์ที่แสดงว่าไม่เป็นโรคต้องห้ามตามกฎหมาย กพ.<br>ว่าด้วยโรค พ.ศ. ๒๕๖๖ <u>พร้อมสำเนา</u> | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๔. สำเนาปริญญาบัตร และสำเนาระเบียบแสดงผลการศึกษา<br>(Transcript of Records)                         | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๕. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อหรือทะเบียนสมรส (ถ้ามี)  | จำนวน ๒ ฉบับ |

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗

  
(นางชุลีกร ชนธิติกร)

ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี

- ๒ -

รายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป  
ในตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป  
แนบท้ายประกาศ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

---

ลำดับ	เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ - สกุล
๑	๖๗๐๐๐๑	นางสาวประภาพรณ ปัญจรี
๒	๖๗๐๐๐๒	นางสาวธัญญา สมะโน
๓	๖๗๐๐๐๕	นางสาวกวิณา เอกอนงค์
๔	๖๗๐๐๑๖	นางสาวชมพูนิกส์ ฤทธิheim
๕	๖๗๐๐๑๔	นางสาวอมรรรัตน์ นาคินทร์
๖	๖๗๐๐๑๑	นายณภัทร พุ่มทอง
๗	๖๗๐๐๐๓	นางสาวปรีญาภา สีดาพงษ์
๘	๖๗๐๐๐๔	นางสาวกุลยา อินทร์นุช

## ใบรับรองแพทย์

เลขที่ .....

## ส่วนที่ ๑ สำหรับผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ ..... โทรศัพท์..... อีเมล.....

เลขประจำตัวประชาชน ..... ข้าพเจ้าขอหนังสือรับรอง

สุขภาพเพื่อเข้ารับราชการในตำแหน่ง..... กรม .....

กระทรวง..... โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

๑. โรคประจำตัว  ไม่มี  มี (ระบุ) .....๒. อุบัติเหตุและการผ่าตัด  ไม่มี  มี (ระบุ) .....๓. เคยเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยใน  ไม่มี  มี (ระบุ) .....

๔. ประวัติเกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญ .....

ข้าพเจ้ายินยอมให้.....(๑) ตรวจสอบ เก็บรวบรวม ใช้ หรือ  
เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ เพื่อประโยชน์ในการบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการ  
พลเรือนสามัญ

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