



ประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งนักกัญญาวิทยา

ตามที่ได้มีประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ ลงวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๗ เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งนักกัญญาวิทยา นั้น

บัดนี้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ ได้ดำเนินการสรรหาและเลือกสรรเสร็จสิ้นแล้ว จึงขอประกาศ ดังนี้

๑. รายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรและขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรร ในตำแหน่งนักกัญญาวิทยา

ลำดับที่	เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ - สกุล
๑	๑๑	นางสาวกัญญาภา นิลแนม
๒	๓	นางสาวพิมลพรรณ เพ็งสุริยา
๓	๑๙	นายพงษ์พันธ์ สุขเกษม
๔	๑๒	นางสาวกานต์รวี อินทรีย์

๒. บัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นผล เมื่อครบกำหนด ๒ ปี นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อเป็นต้นไป และในอายุบัญชีถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้รายชื่อที่ได้ขึ้นบัญชีไว้เป็นอันถูกยกเลิกการขึ้นบัญชีของผู้ขึ้นด้วย คือ

๒.๑ ผู้ขึ้นได้ขอสละสิทธิไม่เข้ารับการจัดจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร

๒.๒ ผู้ขึ้นไม่มารายงานตัวเพื่อเข้ารับการจัดจ้างภายในเวลาที่กำหนด

๒.๓ ผู้ขึ้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตามวัน เวลาที่ส่วนราชการกำหนด

๓. หากปรากฏภายหลังว่าผู้สมัครสอบรายใดมีคุณสมบัติไม่ตรงตามประกาศรับสมัครสอบ หรือคุณสมบัติที่สมัครสอบไม่ตรงตามหลักเกณฑ์ที่ ก.พ. กำหนด ถึงแม้ว่าผู้สมัครสอบรายนั้นจะเป็นผู้ผ่านการเลือกสรรก็จะมีสิทธิได้รับการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไปในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร

๔. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ จะมีหนังสือแจ้งกำหนดวัน เวลา และสถานที่รายงานตัว เพื่อรับการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไปให้ทราบในโอกาสต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(Handwritten signature)

(นางฐิติพร วงศ์ศิริอำนวย)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาราชการแทน

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