



ประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี
เรื่อง บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป
ในตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชี

ตามที่ได้มีประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี ลงวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๘ เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป ในตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชี นั้น

บัดนี้ การเลือกสรรได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรและการขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรร ตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ (เอกสารหมายเลข ๑)

บัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นสุด เมื่อครบกำหนด ๒ ปี นับตั้งแต่วันประกาศรายชื่อเป็นต้นไป และในอายุบัญชีถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้รายชื่อที่ได้ขึ้นบัญชีไว้เป็นอันถูกยกเลิกการขึ้นบัญชีของผู้นั้นด้วย คือ

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

ทั้งนี้ ให้ผู้มีรายชื่อตามบัญชีข้างต้น ลำดับที่ ๑ มารายงานตัวเพื่อเข้ารับการจัดจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป ที่งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มพัฒนาองค์กร และบุคคล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี ตำบลพระพุทธบาท อำเภอพระพุทธบาทจังหวัดสระบุรี ในวันที่ ๑๓ เมษายน ๒๕๖๘ เวลา ๐๘.๓๐ น. ที่พร้อมด้วยเอกสารดังนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นางสาวธาวดี ดันติทวีวัฒน์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี

- ๒ -

บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป
 ตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชี
 แนนท้ายประกาศ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๘

ลำดับ	เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ - สกุล
๑	๖๗๐๐๐๙	นางอรวรรณ ภัทรพงษ์กุล
๒	๖๗๐๐๐๓	นายพาโชค เมัยขันหมาก
๓	๖๗๐๐๐๕	นางสาวจันทนา กองลำเจียก
๔	๖๗๐๐๐๑	นางสาวอมรรัตน์ นาคินทร์
๕	๖๗๐๐๐๘	นางสาวอุสา ชัยศิริ
๖	๖๗๐๐๑๑	นางสาวปิยะมินตรา ดีสมพุด
๗	๖๗๐๐๑๕	นางสาวเมธาวี เกลี้ยงรส
๘	๖๗๐๐๐๗	นางสาววรพรรณ ศรีสุข
๙	๖๗๐๐๑๗	นายกฤษพล เอ็มสุทธิ
๑๐	๖๗๐๐๐๔	นางสาวกานต์ธีรา เพชรดีศรีสมบัติ
๑๑	๖๗๐๐๑๔	นางสาวชลินตรา ปลั่งกลาง
๑๒	๖๗๐๐๑๘	นายบุลเสฏฐ์ พรไพโรสาร
๑๓	๖๗๐๐๐๖	นางสาวจริญญา สมสี

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
เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้รับไว้หนังสือฉบับนี้ 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) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงพอ

(๔)ประทับตราโรงพยาบาลด้วย

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย