



ประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการสอบคัดเลือกเพื่อจัดจ้างบุคคลเข้าปฏิบัติงานเป็นลูกจ้างโครงการยุติปัญหาวัณโรค
และเอดส์ ด้วยชุดบริการ RRTTPR (Stop TB and AIDS through year ๒๐๒๔-๒๖ : STAR)
ในตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์

ตามประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ เรื่อง ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ
เข้ารับการสอบคัดเลือกเพื่อจัดจ้างบุคคลเข้าปฏิบัติงานเป็นลูกจ้างโครงการยุติปัญหาวัณโรคและเอดส์ด้วยชุด
บริการ RRTTPR (Stop TB and AIDS through year ๒๐๒๔-๒๖ : STAR) ในตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์
ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๘ ซึ่งได้ดำเนินการรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๔ - ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๘ และได้
สอบคัดเลือก (สอบสัมภาษณ์) ในวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๘ นั้น

บัดนี้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ ได้ดำเนินการสอบเสร็จสิ้นแล้ว
จึงประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสอบคัดเลือกบุคคลเป็นลูกจ้างโครงการฯ ตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ ดังนี้

๑. รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก

ตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์

ลำดับที่

เลขประจำตัวสอบ

ชื่อ - สกุล

๑

๑

นางสาวสิริกร พัวงามประเสริฐ

๒. บัญชีรายชื่อดังกล่าว ถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้รายชื่อที่ได้ขึ้นบัญชีไว้เป็นอัน
ถูกยกเลิกการขึ้นบัญชีของผู้นั้นด้วย คือ

๑. ผู้นั้นได้ขอสละสิทธิไม่เข้ารับการจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการคัดเลือก
๒. ผู้นั้นไม่มารายงานเพื่อรับการจ้างภายในเวลาที่กำหนด
๓. ผู้นั้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตามกำหนดวันเวลาที่ส่วนราชการกำหนด

๓. หากปรากฏภายหลังว่า ตำแหน่งไม่ตรงตามประกาศรับสมัครสอบ หรือคุณสมบัติที่ยื่นสมัครสอบ
ไม่ตรงตามหลักเกณฑ์ที่ ก.พ.กำหนด ถึงแม้ว่า ผู้สมัครสอบรายนั้นจะเป็นผู้ผ่านการคัดเลือก ก็จะไม่ได้รับ
การจ้างเป็นลูกจ้างโครงการฯ ในตำแหน่งที่ผ่าน ผู้สมัครสอบรายใดมีคุณสมบัติทั่วไปหรือคุณสมบัติเฉพาะ
สำหรับ การคัดเลือกฯ

๔. ให้ผู้มีรายชื่อตามบัญชีผ่านการคัดเลือกลำดับที่ ๑ มารายงานตัวเพื่อรับการจ้างเป็นลูกจ้าง
โครงการฯ ในวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ กลุ่มพัฒนาองค์กร สำนักงานป้องกันควบคุมโรค
ที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ หากไม่มารายงานตัวตามวันและเวลาดังกล่าวถือว่าสละสิทธิ

๕. เอกสารที่ต้องใช้ในการรายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างเป็นลูกจ้างโครงการฯ

- | | | |
|--|-------|--------|
| (๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน | ๒ ฉบับ |
| (๒) สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน | ๒ ฉบับ |
| (๓) สำเนาหลักฐานการศึกษา | จำนวน | ๒ ฉบับ |
| (๔) สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาเทคนิคการแพทย์
หรือ สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ | จำนวน | ๒ ฉบับ |

(๕) ใบรับรองแพทย์ซึ่งแสดงว่าไม่เป็นโรคต้องห้ามตามกฎหมาย ก.พ.
ว่าด้วยโรค พ.ศ. ๒๕๖๖ ออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน ที่ออกโดย
โรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน พร้อมสำเนา

(๖) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อหรือทะเบียนสมรส (ถ้ามี)

	จำนวน	๒ ฉบับ
--	-------	--------

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘



(นางสาวพรรษา รักษาคน)
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. เคยเข้ารับการรักษาในสถานผู้ป่วยใน ☐ 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