



ประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป
ในตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคล

.....

ตามที่ได้มีประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ลงวันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๘ เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคล นั้น

บัดนี้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการเลือกสรรในตำแหน่งดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไปในตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคล ดังบัญชีรายชื่อแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ขอแจ้งให้ผู้ผ่านการเลือกสรรทราบ ดังนี้

๑. บัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นผล เมื่อครบกำหนด ๒ ปี นับตั้งแต่วันประกาศรายชื่อเป็นต้นไป และในอายุบัญชีถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้รายชื่อที่ได้ขึ้นบัญชีไว้เป็นอันถูกยกเลิกการขึ้นบัญชีของผู้นั้นด้วย คือ

- ๑.๑ ผู้นั้นได้ขอสละสิทธิไม่เข้ารับการจัดจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร
- ๑.๒ ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อเข้ารับการจัดจ้างภายในเวลาที่กำหนด
- ๑.๓ ผู้นั้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตามวัน เวลา ที่ส่วนราชการกำหนด

๒. หากปรากฏภายหลังว่าผู้สมัครสอบรายใดมีคุณสมบัติไม่ตรงตามประกาศรับสมัครสอบหรือคุณสมบัติที่สมัครสอบไม่ตรงตามหลักเกณฑ์ที่ ก.พ.กำหนด ถึงแม้ว่าผู้สมัครสอบรายนั้นจะเป็นผู้ผ่านการเลือกสรรก็จะไม่มีสิทธิได้รับการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไปในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร

๓. ให้ผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคล ลำดับที่ ๑ มารายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป และเริ่มปฏิบัติงานในวันจันทร์ที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มบริหารทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี อาคารอำนวยการ (ชั้น ๔) เลขที่ ๒๒๐ ถนนพรหมเทพ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พร้อมเอกสารประกอบการรายงานตัว หากท่านไม่ไปรายงานตัวในวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวจะถือว่าสละสิทธิ

เอกสารการรายงานตัว

- | | |
|--|--------------|
| ๓.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๓.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๓.๓ สำเนาปริญญาบัตร และสำเนาระเบียนแสดงผลการศึกษา
(Transcript of Records) ฉบับสมบูรณ์ | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๓.๔ ใบรับรองแพทย์ซึ่งแสดงว่าไม่เป็นโรคต้องห้ามตามกฎหมาย ก.พ.
ว่าด้วยโรค พ.ศ.๒๕๖๖ ออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน พร้อมสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |

๓.๕ รูปถ่าย...

๓.๕ รูปถ่ายหน้าตรงชุดปกติขาว ขนาด ๑ x ๑.๕ นิ้ว (ถ่ายไม่เกิน ๓ เดือน) จำนวน ๓ รูป

๓.๖ สำเนาหลักฐานอื่น ๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล

(ในกรณีที่ชื่อ - นามสกุลในหลักฐานการสมัครไม่ตรงกัน)

หรือทะเบียนสมรส (ถ้ามี)

จำนวน ๒ ฉบับ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๘



(นางจินตนา คำภักดี)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการแทน

ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐

จังหวัดอุบลราชธานี

หมายเหตุ ๑. ให้ใช้แบบใบรับรองแพทย์ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

๒. ผู้ที่จะเข้ารับการตรวจต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลของรัฐ
หรือโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น

๓. ผู้ที่จะเข้ารับการตรวจเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพทั้งหมด

บัญชีแนบท้ายประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๘

ลำดับที่	เลขประจำตัวสอบ	คำนำหน้าชื่อ	ชื่อ	สกุล
๑	๐๑๓	นางสาว	ตรองสุ	ภัทรฤทธิกุล
๒	๐๐๖	นางสาว	คณิตรา	สุร่าไพ
๓	๐๑๕	นางสาว	ณิชาภา	ทองทับ
๔	๐๙๒	นาย	ดิษฐ์	คริสตกุลวงศ์
๕	๑๐๔	นาย	ชนกฤต	สิงห์เรือง
๖	๐๕๖	นางสาว	ศุรีพร	จันทะเสน
๗	๑๕๔	นาย	พงศธร	ศาลาสุข
๘	๑๓๑	นางสาว	ปิยะฉัตร	บุญเอก
๙	๐๑๐	นางสาว	ปริญรัตน์	วิลามาตย์
๑๐	๐๐๗	นาย	สราวุธ	พละสินธุ์
๑๑	๐๘๖	นางสาว	จิตพร	พิมเสน
๑๒	๐๘๒	นางสาว	ดุขมณี	ถาวรพงษ์
๑๓	๐๐๑	นาย	สราวุธ	จันทะรักษา
๑๔	๐๒๘	นางสาว	วิษญาดา	ภิลาคุณ
๑๕	๐๙๓	นาย	ประยูร	ศรีคำ
๑๖	๐๖๓	นางสาว	น้ำฝน	พรหมชาติ
๑๗	๐๕๑	นางสาว	สุวรรรัตน์	ชัยธานี
๑๘	๐๖๗	นาย	พงษ์ศักดิ์	อินทร์ขาว
๑๙	๐๑๗	นาย	กิตติศักดิ์	ศรีพรหม
๒๐	๑๒๑	นางสาว	ชฎานิษฐ์	เสนาสุข
๒๑	๐๘๐	นางสาว	นฤมล	รัตนภักดิ์
๒๒	๐๒๙	นางสาว	อัจฉราพรรณ	โพธิ์พา
๒๓	๑๑๙	นาย	ณรินธนะโชค	ไตรรัตน์กุลชัย
๒๔	๐๗๒	นางสาว	ฐิติกา	ชอบเสียง
๒๕	๐๕๒	นางสาว	ชะอ้อน	บุญทรง
๒๖	๐๐๕	นางสาว	อรรรัตน์	พุทธจันทร์
๒๗	๐๑๔	นาย	อัครภณ	จำปารัตน์
๒๘	๑๑๔	นาง	อุมพร	เลี้ยงพรหม

ลำดับที่ ๒๙...

<u>ลำดับที่</u>	<u>เลขประจำตัวสอบ</u>	<u>คำนำหน้าชื่อ</u>	<u>ชื่อ</u>	<u>สกุล</u>
๒๙	๐๐๔	นางสาว	อรนุช	ศิริเวช
๓๐	๑๔๑	นางสาว	ปานกนก	เพ็งแจ่ม
๓๑	๐๗๑	นาย	สุรุฒิ	สวัญดี
๓๒	๐๓๖	นางสาว	ปวีณา	แก้วกัลยา
๓๓	๐๔๖	นางสาว	นภศร	คชพรหม
๓๔	๐๔๕	นาย	อิสราวุธ	ภูธา
๓๕	๐๖๙	นางสาว	ลลิตา	โสวรรณ
๓๖	๐๙๕	นางสาว	ลลธริมา	เทียมทัต
๓๗	๑๖๑	นาย	อภิภัทร	สุมาลี
๓๘	๑๕๘	นางสาว	ปิยรัตน์	ลม้ายำปา
๓๙	๑๑๒	นางสาว	กุลธิดา	วรรณพัฒน์
๔๐	๑๐๘	นางสาว	รสริน	แก้วพวง
๔๑	๑๑๗	นางสาว	สุนิสา	บุญยงค์
๔๒	๑๑๕	นางสาว	ธิดารัตน์	รักดี
๔๓	๑๑๘	นางสาว	สุจิตรา	วิถิ
๔๔	๐๒๐	นางสาว	อรอนงค์	ผุยพรหม
๔๕	๑๒๕	นาย	ธนัช	อุปวรรณ
๔๖	๑๓๓	นางสาว	นุชนาถ	กุลนอก
๔๗	๐๖๖	นางสาว	จิณห์นิภา	วิลามาศ
๔๘	๑๐๐	นางสาว	เกศกนก	สุขดี
๔๙	๑๐๗	นางสาว	อารีรัตน์	สุพรรณาริ
๕๐	๐๙๙	นางสาว	ชนนิกานต์	มันคง
๕๑	๐๑๖	นางสาว	จิราพร	บุตรศรี
๕๒	๑๐๖	นางสาว	นิลาวรรณ	พรเรืองวงศ์
๕๓	๐๕๕	นางสาว	ปณิตดา	บุญแสง
๕๔	๐๒๔	นาย	พิชัย	บุญทัน
๕๕	๐๘๓	นางสาว	ชลิตตา	คุณเพิ่ม
๕๖	๐๗๓	นาย	จิรัฏฐ์	ปัญญาดี
๕๗	๐๗๕	นาย	ศตวรรษ	ตันตระกูล
๕๘	๐๗๗	นางสาว	ภัทรรินทร์	พรหมผล



<u>ลำดับที่</u>	<u>เลขประจำตัวสอบ</u>	<u>คำนำหน้าชื่อ</u>	<u>ชื่อ</u>	<u>สกุล</u>
๕๙	๐๘๕	นางสาว	วนิดาพร	ฉลาตล้ำ
๖๐	๑๑๑	นาย	สรยุทธ์	ชนะพลชัย
๖๑	๐๓๒	นางสาว	เกวลิน	บุญล้อม
๖๒	๐๒๖	นาย	ศารุตม์	รณยุทธ
๖๓	๑๔๓	นางสาว	จิตรารัตน์	มากมูล
๖๔	๐๖๒	นางสาว	กรรณิการ์	บุญชวน
๖๕	๐๓๗	นาย	ณรงค์ฤทธิ์	สายกนก
๖๖	๑๔๕	นางสาว	นิศากร	มันธรรม
๖๗	๑๓๐	นางสาว	หนึ่งฤทัย	พันธ์ไย
๖๘	๑๔๔	นางสาว	จิตา	คำแดง
๖๙	๑๒๒	นาง	ไพรินทร์	โคตทุทา
๗๐	๐๖๘	นางสาว	กิตติยา	เจริญวงศ์
๗๑	๐๖๑	นางสาว	ณัฐชาภัทร	สีเข้ม
๗๒	๐๓๙	นาย	ศุภชัย	บุญคง
๗๓	๑๒๐	นางสาว	ชญัญธนพัศ	สีโพนทัน
๗๔	๑๖๐	นาย	ปิยะศักดิ์	วิริยภาพ
๗๕	๑๑๐	นางสาว	อารุวรรณ	อินทริง
๗๖	๑๒๓	นางสาว	สุรีมาศ	ก้อนทรัพย์
๗๗	๐๑๒	นางสาว	กนกลักษณ์	สาวาทิ
๗๘	๐๘๘	นางสาว	วราภรณ์	สาระขัน
๗๙	๑๕๕	นางสาว	ขวัญจิรา	วิชาธรณ์

.....

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. เคยเข้ารับการรักษาในฐานผู้ป่วยใน ☐ 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