



ประกาศกองโรคติดต่อทั่วไป
เรื่อง บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป
ในตำแหน่งพนักงานขับรถยนต์

ตามที่ได้มีประกาศกองโรคติดต่อทั่วไป ลงวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๘ เรื่อง รับสมัครบุคคล เพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป ในตำแหน่งพนักงานขับรถยนต์ และประกาศกองโรคติดต่อ ทั่วไป ลงวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘ เรื่อง แก้ไขประกาศรับสมัครบุคคลเพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานกระทรวง สาธารณสุขทั่วไป ตำแหน่งพนักงานขับรถยนต์ ไปแล้ว นั้น

บัดนี้ กองโรคติดต่อทั่วไปได้ดำเนินการสรรหาและเลือกสรรในตำแหน่งพนักงานขับรถยนต์ เสร็จสิ้นแล้ว จึงขอประกาศ ดังนี้

๑. รายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรและขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรร ในตำแหน่งพนักงานขับรถยนต์

ลำดับ

เลขประจำตัวสอบ

ชื่อ-สกุล

๑

๑

นายมานิช เผ่าพยัคฆ์

๒. บัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นผล เมื่อครบกำหนด ๑ ปี นับตั้งแต่วันประกาศ รายชื่อเป็นต้นไป และในอายุบัญชีถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้รายชื่อที่ได้ขึ้นบัญชีไว้เป็นอันถูกยกเลิก การขึ้นบัญชีของผู้นั้นด้วย คือ

๒.๑ ผู้นั้นได้ขอสละสิทธิไม่เข้ารับการจัดจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร

๒.๒ ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อเข้ารับการจัดจ้างภายในเวลาที่กำหนด

๒.๓ ผู้นั้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตามวัน เวลาที่ส่วนราชการกำหนด

๓. หากปรากฏภายหลังว่าผู้สมัครสอบรายใดมีคุณสมบัติทั่วไปหรือคุณสมบัติเฉพาะสำหรับ ตำแหน่งไม่ตรงตามประกาศรับสมัครสอบ ถึงแม้ว่าผู้สมัครสอบรายนั้นจะเป็นผู้ผ่านการเลือกสรรก็จะมีสิทธิ ได้รับการจัดจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป ในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการเลือกสรรลำดับที่ ๑ มารายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างเป็นพนักงานกระทรวง สาธารณสุขทั่วไป และเริ่มปฏิบัติงาน ในวันจันทร์ที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๘ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ งานเจ้าหน้าที่ กลุ่มบริหารทั่วไป ชั้น ๕ อาคาร ๕ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค พร้อมด้วยเอกสารประกอบการรายงานตัว ตามแบบท้ายประกาศฉบับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นางสุพินดา ตีระรัตน์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
ข้าราชการแทนผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทั่วไป

เอกสารประกอบการรายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป

- | | |
|--|--------------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๓. สำเนาหลักฐานการศึกษา (ปริญญาบัตร/ประกาศนียบัตร และระเบียบผลการเรียน (Transcript)) | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๔. สำเนาหลักฐานอื่นๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล ทะเบียนสมรส (ในกรณีที่ชื่อ-นามสกุลในหลักฐานการสมัครไม่ตรงกัน) (ถ้ามี) | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๕. สำเนาหลักฐานการได้รับการยกเว้นการเกณฑ์ทหาร หรือผ่านการเกณฑ์ทหาร (กรณีเพศชาย) | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๖. ใบอนุญาตขับรถยนต์ | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๗. ใบรับรองแพทย์ซึ่งแสดงว่า <u>ไม่เป็นโรคต้องห้ามตามกฎหมาย ก.พ. ว่าด้วยโรค พ.ศ. ๒๕๖๖</u> ออกให้ไม่เกิน ๑ เดือนพร้อมสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
- หมายเหตุ - ให้ใช้แบบใบรับรองแพทย์ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้
- ผู้ที่จะเข้ารับการจ้างต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น
 - ผู้ที่จะเข้ารับการจ้างเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพทั้งหมด

ใบรับรองแพทย์

เลขที่

ส่วนที่ ๑ สำหรับผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

อีเมล..... เลขประจำตัวประชาชน.....

ข้าพเจ้าขอหนังสือรับรองสุขภาพเพื่อเข้ารับการจ้าง ในตำแหน่ง..... พนักงานขับรถยนต์.....

กอง/สำนักงาน/สถาบัน..... กองโรคติดต่อทั่วไป..... กรมควบคุมโรค.....

โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

๑. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

๒. อุบัติเหตุและการผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

๓. เคยเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยใน ☐ 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