



ประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป
ในตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์

ตามที่ได้มีประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ลงวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไปในตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์ นั้น

บัดนี้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการเลือกสรรในตำแหน่งดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไปในตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ดังบัญชีรายชื่อแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ขอแจ้งให้ผู้ผ่านการเลือกสรรทราบ ดังนี้

๑. บัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นสุด เมื่อครบกำหนด ๒ ปี นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อเป็นต้นไป และในอายุบัญชีถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้รายชื่อที่ได้ขึ้นบัญชีไว้เป็นอันถูกยกเลิกการขึ้นบัญชีของผู้นั้นด้วย คือ

- ๑.๑ ผู้นั้นได้ขอสละสิทธิไม่เข้ารับการจัดจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร
- ๑.๒ ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อเข้ารับการจัดจ้างภายในเวลาที่กำหนด
- ๑.๓ ผู้นั้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตามวัน เวลา ที่ส่วนราชการกำหนด

๒. หากปรากฏภายหลังว่าผู้สมัครสอบรายใดมีคุณสมบัติไม่ตรงตามประกาศรับสมัครสอบหรือคุณวุฒิที่สมัครสอบไม่ตรงตามหลักเกณฑ์ที่ ก.พ.กำหนด ถึงแม้ว่าผู้สมัครสอบรายนั้นจะเป็นผู้ผ่านการเลือกสรรก็จะมีสิทธิได้รับการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไปในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร

๓. ให้ผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์ ลำดับที่ ๑ มารายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป และเริ่มปฏิบัติงานในวันจันทร์ที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๙ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มบริหารทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี อาคารอำนวยการ (ชั้น ๒) เลขที่ ๒๒๐ ถนนพรหมเทพ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พร้อมเอกสารประกอบการรายงานตัว หากท่านไม่ไปรายงานตัวในวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว จะถือว่าสละสิทธิ

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 ๒๖ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๙

(นางจินตนา คำภักดี)

ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐

จังหวัดอุบลราชธานี

หมายเหตุ ๑. ให้ใช้แบบใบรับรองแพทย์ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

๒. ผู้ที่จะเข้ารับการจัดจ้างต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลของรัฐ
หรือโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น

๓. ผู้ที่จะเข้ารับการจัดจ้างเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพทั้งหมด

บัญชีแนบท้ายประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๙

<u>ลำดับที่</u>	<u>เลขประจำตัวสอบ</u>	<u>คำนำหน้าชื่อ</u>	<u>ชื่อ</u>	<u>สกุล</u>
๑	๐๒	นาย	อัครรัตน์	กอบแก้ว
๒	๐๑	นาย	ภูริวัฒน์	ดาซดา
๓	๒๓	นาย	ปรัชญา	ชมาฤกษ์
๔	๐๓	นาย	พลนิกร	มุงกลาง
๕	๑๑	นาย	ชัชวีสส์	วุฒิยากรณ์
๖	๒๗	นาย	รามณ์	พันธ์พระ
๗	๒๖	นาย	นรเทพ	สงเคราะห์
๘	๑๙	นาย	ปัญญา	บุญฉวี
๙	๒๕	นาย	จิรายุ	หีบแก้ว

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. 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