



ประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเพื่อจัดจ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราว
ในตำแหน่ง Programmatic and M&E coordinator

ตามที่ได้มีประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา ลงวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกเป็นลูกจ้างชั่วคราว ในตำแหน่ง Programmatic and M&E coordinator ตั้งแต่วันที่ ๔ - ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๘ และได้ดำเนินการสอบเพื่อประเมินความรู้ความสามารถที่ใช้เฉพาะตำแหน่งไปแล้ว นั้น

บัดนี้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา ได้ดำเนินการคัดเลือกในตำแหน่งดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเพื่อจัดจ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราวในตำแหน่ง Programmatic and M&E coordinator ดังบัญชีรายชื่อแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ขอแจ้งให้ผู้ผ่านการคัดเลือกทราบ ดังนี้

๑. บัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นผล เมื่อครบกำหนด ๒ ปี นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อเป็นต้นไป และในอายุบัญชีถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้รายชื่อที่ได้ขึ้นบัญชีไว้เป็นอันถูกยกเลิกการขึ้นบัญชีของผู้นั้นด้วย คือ

- ๑.๑ ผู้นั้นได้ขอสละสิทธิไม่เข้ารับการจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการคัดเลือก
- ๑.๒ ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อเข้ารับการจ้างภายในเวลาที่กำหนด
- ๑.๓ ผู้นั้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตามวัน เวลา ที่ส่วนราชการกำหนด

๒. หากปรากฏภายหลังว่าผู้สมัครสอบรายใดมีคุณสมบัติไม่ตรงตามประกาศรับสมัครสอบ หรือคุณสมบัติที่สมัครสอบไม่ตรงตามหลักเกณฑ์ที่ ก.พ. กำหนด ถึงแม้ว่าผู้สมัครสอบรายนั้นจะเป็นผู้ผ่านการคัดเลือกก็จะมีสิทธิไม่ได้รับการจ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราวในตำแหน่งที่ผ่านการคัดเลือก

๓. ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกเพื่อจัดจ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราว ในตำแหน่ง Programmatic and M&E coordinator ลำดับที่ ๑ มารายงานตัวเพื่อรับการจ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราว ในวันจันทร์ที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๘ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ กลุ่มบริหารทั่วไป งานการเจ้าหน้าที่ ชั้น ๒ อาคารอำนวยการและศูนย์ฝึกอบรมนักระบาดวิทยาภาคสนาม สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา เลขที่ ๕๒๙ หมู่ ๙ ถนนราชสีมา - โชคชัย ตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พร้อมเอกสารประกอบการรายงานตัว ดังนี้

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

- หมายเหตุ
๑. ให้ใช้แบบใบรับรองแพทย์ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้
 ๒. ผู้ที่จะเข้ารับการตรวจต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น
 ๓. ผู้ที่จะเข้ารับการตรวจเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพทั้งหมด

๓.๕ รูปถ่ายหน้าตรงชุดสุขภาพ 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 ๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



นางอินต์ฉัตร สุขเกษม
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙
จังหวัดนครราชสีมา

บัญชีแนบท้ายประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา
ประกาศ ณ วันที่ ๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

ตำแหน่ง Programmatic and M&E coordinator

ลำดับที่	เลขประจำตัวสอบ	คำนำหน้าชื่อ	ชื่อ	สกุล
๑	๖๘๑๐๐๑	นาย	เฉลิมวุฒิ	ไชยวงษ์
๒	๖๘๑๐๐๒	นางสาว	สร้อยสังวาล	ทองคำ



ใบรับรองแพทย์

เลขที่

ส่วนที่ ๑ สำหรับผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

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

อีเมล..... เลขประจำตัวประชาชน.....

ข้าพเจ้าขอหนังสือรับรองสุขภาพเพื่อเข้ารับการจ้าง ในตำแหน่ง.....

กอง/สำนักงาน/สถาบัน..... สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา..... กรมควบคุมโรค

โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

๑. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

๒. อุบัติเหตุและการผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

๓. เคยเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยใน ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

๔. ประวัติเกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญ.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้ กอง/สำนักงาน/สถาบัน..... สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา (๑)
ตรวจสอบ เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ เพื่อประโยชน์
ในการจ้างเป็น ☐ พนักงานราชการทั่วไป ☐ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป ☒ ลูกจ้างชั่วคราว

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