



ประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ จังหวัดสงขลา  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์

ตามที่ได้มีประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ จังหวัดสงขลา ลงวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๙ เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ไปแล้ว นั้น

บัดนี้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ จังหวัดสงขลา ได้ดำเนินการสรรหาและเลือกสรรในตำแหน่งดังกล่าวเสร็จสิ้นแล้ว จึงขอประกาศ ดังนี้

๑. รายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรและการขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรร เพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ ตามเอกสารแนบท้ายประกาศ ๑

๒. บัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นผล เมื่อครบกำหนด ๒ ปี นับตั้งแต่วันประกาศรายชื่อเป็นต้นไป และในอายุบัญชีถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้รายชื่อที่ได้ขึ้นบัญชีไว้เป็นอันถูกยกเลิกการขึ้นบัญชีของผู้นั้นด้วย คือ

๒.๑ ผู้นั้นได้ขอสละสิทธิไม่เข้ารับการจัดจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร

๒.๒ ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อเข้ารับการจัดจ้างภายในเวลาที่กำหนด

๒.๓ ผู้นั้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตามวัน เวลา ที่ส่วนราชการกำหนด

๓. หากปรากฏภายหลังว่าผู้สมัครสอบรายใดมีคุณสมบัติไม่ตรงตามประกาศรับสมัครหรือคุณสมบัติที่สมัครไม่ตรงตามหลักเกณฑ์ที่ ก.พ. กำหนด ถึงแม้ว่าผู้สมัครรายนั้นจะเป็นผู้ผ่านการเลือกสรร ก็จะไม่สิทธิได้รับการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไปในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร

๔. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ จังหวัดสงขลา ขอให้ผู้ผ่านการเลือกสรรลำดับที่ ที่ได้รับการเรียกรายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป มารายงานตัว ณ งานการเจ้าหน้าที่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ จังหวัดสงขลา เลขที่ ๑๖๘ หมู่ที่ ๔ ถนนสงขลา - นาทวี ตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ในวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๙ เวลา ๐๘.๓๐ น.

๕. เอกสารที่ใช้ประกอบการรายงานตัว ดังนี้

๕.๑ ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา

จำนวน ๒ ฉบับ

๕.๒ บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา

จำนวน ๒ ฉบับ

๕.๓ ใบรับรองแพทย์ซึ่งแสดงว่าไม่เป็นโรคต้องห้ามตามกฎหมาย ก.พ.ว่าด้วยโรค พ.ศ. ๒๕๖๙

(แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้)

จำนวน ๑ ฉบับ

๕.๔ หลักฐานการศึกษาฉบับจริงพร้อมสำเนา

จำนวน ๒ ฉบับ

๕.๕ ใบเปลี่ยนชื่อหรือทะเบียนสมรส (ถ้ามี) พร้อมสำเนา

จำนวน ๒ ฉบับ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๙

(นางสาวรยา จันทานนท์)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ รักษาราชการแทน  
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ จังหวัดสงขลา

รายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป  
 แนบท้ายประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ จังหวัดสงขลา ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๙

ลำดับ	เลขประจำตัวผู้สมัคร	คำนำหน้าชื่อ	ชื่อ	นามสกุล
๑	๑๐	นางสาว	นุรฮายาตี	หามะ
๒	๑๒	นาย	ศตพร	นกแก้ว
๓	๒	นางสาว	พาวินะฮ์	โต๊ะขวัญ
๔	๑๙	นางสาว	มินลดา	เหมยา
๕	๑๑	นางสาว	อามาณี	จิตต์ประไพ
๖	๙	นาย	สมชาย	ศรีสวัสดิ์
๗	๘	นางสาว	นิสริน	โต๊ะเส็น
๘	๒๐	นางสาว	จิรภา	แก้วพานิช
๙	๖	นางสาว	นุรีฮัน	ปะแตเลาะ

## 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 เพื่อประโยชน์ในการจ้างเป็น  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)

.....

.....

ลงชื่อ .....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย (๔)

(.....)

หมายเหตุ

(๑) ชื่อส่วนราชการ

(๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๓) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(๔) ประทับตราโรงพยาบาลด้วย

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย