



ประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งเภสัชกร

ตามที่ได้มีประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งเภสัชกร ไปแล้วนั้น

บัดนี้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ดำเนินการสรรหาและเลือกสรรในตำแหน่งดังกล่าวเสร็จสิ้นแล้ว จึงขอประกาศ ดังนี้

๑. รายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรและการขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรร เพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งเภสัชกร ดังบัญชีรายชื่อแนบท้ายประกาศนี้

๒. บัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นผล เมื่อครบกำหนด ๒ ปี นับแต่วันประกาศรายชื่อเป็นต้นไป และในอายุบัญชีถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้รายชื่อที่ได้ขึ้นบัญชีไว้เป็นอันถูกยกเลิกการขึ้นบัญชีของผู้นั้นด้วย คือ

๒.๑ ผู้นั้นได้ขอสิทธิไม่เข้ารับการจัดจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร

๒.๒ ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อเข้ารับการจัดจ้างภายในระยะเวลาที่กำหนด

๒.๓ ผู้นั้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตามวัน เวลา ที่ส่วนราชการกำหนด

๓. หากปรากฏภายหลังว่าผู้สมัครสอบรายใดมีคุณสมบัติไม่ตรงตามประกาศรับสมัครหรือคุณสมบัติที่สมัครไม่ตรงตามหลักเกณฑ์ที่ ก.พ.กำหนด ถึงแม้ว่าผู้สมัครรายนั้นจะเป็นผู้ผ่านการเลือกสรร ก็จะไม่สิทธิได้รับการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไปในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร

๔. ให้ผู้ผ่านการเลือกสรรลำดับที่ ๑ มารายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๘.๓๐ น. ที่งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มบริหารทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช พร้อมเอกสารที่ใช้รายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้าง หากไม่มารายงานตัว ในวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว จะถือว่าสละสิทธิ

๕. เอกสารที่ใช้ประกอบการรายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ดังนี้

๕.๑ ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา จำนวน ๒ ฉบับ

๕.๒ บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา จำนวน ๒ ฉบับ

๕.๓ ใบรับรองแพทย์ซึ่งแสดงว่าไม่เป็นโรคต้องห้ามตามกฎหมาย ก.พ.
ว่าด้วยโรค พ.ศ. ๒๕๖๖ พร้อมสำเนา จำนวน ๒ ฉบับ

(แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้)

๕.๔ หลักฐานการศึกษา พร้อมสำเนา จำนวน ๒ ฉบับ

๕.๕ ใบเปลี่ยนชื่อ หรือทะเบียนสมรส (ถ้ามี) พร้อมสำเนา จำนวน ๒ ฉบับ

ประกาศ ณ วันที่ ๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายศิริวุฒิ แพร่คุณธรรม)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการแทน


ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑

จังหวัดนครศรีธรรมราช

รายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งเภสัชกร
แนบท้ายประกาศ ประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช
ประกาศ ณ วันที่ ๘ พฤษภาคม พ.ศ. 2567

ตำแหน่ง เภสัชกร

<u>ลำดับที่</u>	<u>เลขประจำตัวผู้สมัคร</u>	<u>คำนำหน้า</u>	<u>ชื่อ</u>	<u>นามสกุล</u>
1	2	นางสาว	ปณิตตา	ปานนิยม
2	4	นางสาว	อังคณา	เสมอสา
3	3	นางสาว	สุจินันท์	จิรวงศ์สวัสดิ์
4	1	นางสาว	ปริยากร	กำเนิดท่าพญา


(นายทริญวูฒิ แพร์คุณธรรม)
นพ.เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
รก.ผอ.สคร.๑๑ นศ.
- ๘ พ.ค. ๒๕๖๗

ใบรับรองแพทย์

เลขที่

ส่วนที่ ๑ สำหรับผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์..... อีเมล.....

เลขประจำตัวประชาชน ข้าพเจ้าขอหนังสือรับรอง

สุขภาพเพื่อเข้ารับราชการในตำแหน่ง..... กรม

กระทรวง..... โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

๑. โรคประจำตัว ไม่มี มี (ระบุ)

๒. อุบัติเหตุและการผ่าตัด ไม่มี มี (ระบุ)

๓. เคยเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยใน ไม่มี มี (ระบุ)

๔. ประวัติเกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญ

ข้าพเจ้ายินยอมให้.....(๑) ตรวจสอบ เก็บรวบรวม ใช้ หรือ
เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ เพื่อประโยชน์ในการบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการ
พลเรือนสามัญ

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