

(สำเนา)

ประกาศกรมอนามัย

เรื่อง บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการ
ในตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินและบัญชี และตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ

ตามที่กรมอนามัย อนุมัติให้ดำเนินการนำรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้าง
เป็นพนักงานราชการ ในตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ (ด้านการเงินและบัญชี) และตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ
ของกรมชลประทาน มาประเมินความเหมาะสมกับตำแหน่งเพิ่มเติม เพื่อขึ้นบัญชีเป็นผู้ผ่านการเลือกสรร
เพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการ ในตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินและบัญชี และตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ
ของกรมอนามัย นั้น

บัดนี้ การเลือกสรรได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรร
และการขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรร ตามรายชื่อตั้งเอกสารแนบท้าย

บัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นผล เมื่อครบกำหนด ๑ ปี นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อ
เป็นต้นไปและในอายุบัญชีถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้รายชื่อที่ได้ขึ้นบัญชีไว้เป็นอันถูกยกเลิก
การขึ้นบัญชีของผู้ขึ้นด้วย คือ

- ผู้ขึ้นได้ขอสละสิทธิไม่เข้ารับการจัดจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร
- ผู้ขึ้นไม่มารายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างภายในเวลาที่กำหนด
- ผู้ขึ้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตามกำหนดวันเวลาที่ส่วนราชการกำหนด

ทั้งนี้ ให้ผู้มีรายชื่อในบัญชีแนบท้ายประกาศ ตามลำดับที่สอบได้ ดังนี้

- ตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินและบัญชี ลำดับที่ ๑
- ตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ ลำดับที่ ๑

ไปรายงานตัวเพื่อทำสัญญาจ้างและเริ่มปฏิบัติงาน ในวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๗ ที่ห้องประชุมกองการเจ้าหน้าที่
(ห้องประชุม ๒) อาคาร ๔ ชั้น ๓ กรมอนามัย เวลา ๐๘.๓๐ น.

โดยต้องมีหลักฐานเพื่อทำสัญญาจ้าง ดังนี้

- สำเนาประกาศนียบัตรและสำเนาระเบียนแสดงผลการศึกษา จำนวน ๒ ฉบับ
(Transcript of Records)
- รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและไม่สวมแว่นตา ถ่ายไม่เกิน ๑ ปี
ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป
- สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๒ ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๔ ฉบับ
- ใบรับรองแพทย์ (ตามเอกสารแนบท้ายประกาศ)
ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนเท่านั้น จำนวน ๑ ฉบับ

อนึ่ง ผู้ผ่านการเลือกสรรฯ ในวันที่ทำสัญญาจ้างจะต้องไม่เป็นข้าราชการ หรือลูกจ้างของส่วนราชการ พนักงานหรือลูกจ้างของหน่วยงานอื่นของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือพนักงาน หรือลูกจ้างของราชการส่วนท้องถิ่น

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(ลงชื่อ) อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์

(นายอรรถพล แก้วสัมฤทธิ์)

รองอธิบดีกรมอนามัย ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมอนามัย

สำเนาถูกต้อง



(นางสาวรัชณี จันทร์ทรง)

นักทรัพยากรบุคคล

กรมอนามัย

๒๐ มีนาคม ๒๕๖๗

รัชณี/คัด

บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการ
แนบท้ายประกาศกรมอนามัย ลงวันที่ ๒๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

ลำดับที่	เลขประจำตัวเข้ารับ การประเมิน	ชื่อ - สกุล
๑	๑๐๓	นางสาวเอมมิกา เมืองสุวรรณ
๒	๑๐๒	นางสาวมิ่งขวัญ ทองศรี

ตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ

ลำดับที่	เลขประจำตัวเข้ารับ การประเมิน	ชื่อ - สกุล
๑	๒๐๓	นางสาวสมฤดี ภัคดีสุวรรณ
๒	๒๐๑	นายกมลจิตร บุรณะพันธ์
๓	๒๐๒	นางสาวนันทกานต์ จำนงค์

ใบรับรองแพทย์

เลขที่.....

ส่วนที่ ๑ สำหรับผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

โทรศัพท์..... อีเมล..... เลขประจำตัวประชาชน.....

ข้าพเจ้าขอหนังสือรับรองสุขภาพเพื่อเข้ารับการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่ง.....
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

๑. โรคประจำตัว ไม่มี มี (ระบุ)

๒. อุบัติเหตุและการผ่าตัด ไม่มี มี (ระบุ).....

๓. เคยเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วย ไม่มี มี (ระบุ)

๔. ประวัติเกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญ.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้.....กรมอนามัย.....(๑) ตรวจสอบ เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ระบุไว้ใน
หนังสือฉบับนี้ เพื่อประโยชน์ในการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป

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

ปรากฏ ไม่ปรากฏ

การตรวจพบ.....

.....

เห็นควรส่งตรวจเพิ่มเติม.....

.....

สรุปความเห็นของแพทย์..... (๓)

.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย (๔)

(.....)

หมายเหตุ

(๑) ชื่อส่วนราชการ

(๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๓) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(๔) ประทับตราโรงพยาบาลด้วย

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย