



ประกาศจังหวัดอุดรดิตถ์

เรื่อง การขึ้นบัญชีผู้ผ่านการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการ
ในตำแหน่งเภสัชกรปฏิบัติการ
สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์

ตามที่จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยคณะกรรมการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการ
ในตำแหน่งเภสัชกรปฏิบัติการ ได้พิจารณาคัดเลือกเพื่อบรรจุ และแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการ สังกัดสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ นั้น

บัดนี้ การดำเนินการคัดเลือกฯ ได้เสร็จสิ้นแล้ว จังหวัดอุดรดิตถ์ จึงประกาศรายชื่อผู้ผ่าน
การคัดเลือกและขึ้นบัญชีผู้ผ่านการคัดเลือก ดังบัญชีรายละเอียดแนบท้ายนี้

ทั้งนี้ ขอแจ้งให้ผู้ที่ได้รับการขึ้นบัญชีผู้ผ่านการคัดเลือกทราบว่า

๑. บัญชีผู้ผ่านการคัดเลือกใช้ได้ถึงสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๘ แต่ถ้ามีการคัดเลือกในตำแหน่ง
เดียวกันนี้อีกและได้ขึ้นบัญชีผู้ผ่านการคัดเลือกใหม่แล้ว บัญชีผู้ผ่านการคัดเลือกครั้งนี้เป็นอันยกเลิก

๒. ผู้ผ่านการคัดเลือกผู้ใด ได้ขึ้นบัญชีผู้ผ่านการคัดเลือกดังกล่าวข้างต้นถ้ามีกรณีอย่างใด
อย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ให้เป็นอันยกเลิกการขึ้นบัญชีผู้ผ่านการคัดเลือก คือ

๒.๑ ผู้นั้นได้สละสิทธิการบรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งที่ผ่านการคัดเลือก

๒.๒ ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อรับการบรรจุเข้ารับราชการภายในเวลาที่กำหนด

๒.๓ ผู้นั้นมีเหตุที่ไม่อาจเข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการได้ตามกำหนดเวลาที่บรรจุและแต่งตั้ง
ในตำแหน่งที่ผ่านการคัดเลือก

๒.๔ ผู้นั้นได้บรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งที่ผ่านการคัดเลือกไปแล้ว

๓. หากปรากฏภายหลังว่า ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกรายใดมีคุณสมบัติทั่วไปหรือ
คุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งไม่ตรงตามประกาศรับสมัคร หรือคุณสมบัติที่ยื่นสมัครเข้ารับการคัดเลือก ก.พ.
มิได้รับรองว่าเป็นคุณสมบัติตรงตามประกาศรับสมัครถึงแม้ว่าผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกรายนั้นจะเป็นผู้ผ่าน
การคัดเลือกก็ไม่มีสิทธิได้รับการบรรจุและแต่งตั้งให้เข้ารับราชการในตำแหน่งที่ผ่านการคัดเลือก

๔. ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกตำแหน่งเภสัชกรปฏิบัติการ ลำดับที่ ๑ มารายงานตัวเพื่อบรรจุและ
แต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการ ในวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๗ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ หากไม่มารายงานตัวในวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดจะถือว่าสละสิทธิ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายสหวิช อภิชัยวิศรตุกุล)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรดิตถ์

บัญชีรายละเอียดผู้ผ่านการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการ
แบบท้ายประกาศจังหวัดอุดรดิตถ์ ลงวันที่ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗

ตำแหน่ง เกษีชรปฏิบัติการ

ลำดับที่

เลขประจำตัวสอบ

ชื่อ - สกุล

๑

๑

นางสาวนฤมล

สบง



เอกสารประกอบการบรรจุเข้ารับราชการ

| | |
|---|--------------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน(ตนเอง) | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน(ตนเอง) | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๓. สำเนาหนังสือรับรองคุณวุฒิหรือสำเนาปริญญาบัตร | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๔. สำเนาใบรายงานผลการศึกษา (Transcript) | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๕. สำเนาใบประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๖. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล (ถ้ามี) | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๗. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี) | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๘. ใบรับรองแพทย์ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๙. ใบแสดงผลการตรวจหมู่โลหิต | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๑๐. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (บิดา-มารดา) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๑๑. สำเนาทะเบียนบ้าน (บิดา-มารดา) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๑๒. สำเนาทะเบียนสมรส/หย่า (บิดา-มารดา) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๑๓. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล (บิดา-มารดา) (ถ้ามี) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๑๔. สำเนาหนังสือสำคัญการจดทะเบียนรับบุตรบุญธรรม (ถ้ามี) | จำนวน ๓ ฉบับ |
| ๑๕. สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๑๖. รูปถ่ายเครื่องแบบปกติขาว ขนาด ๑ นิ้ว | จำนวน ๖ รูป |

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