



ประกาศจังหวัดนครศรีธรรมราช
เรื่อง การขึ้นบัญชีและยกเลิกบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกเพื่อบรรจุบุคคลเข้ารับราชการ
ตำแหน่งเภสัชกรปฏิบัติการ และตำแหน่งนักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ
สังกัดโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ตามที่ได้มีประกาศจังหวัดนครศรีธรรมราช ลงวันที่ ๑๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เรื่อง รับสมัคร
คัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการในตำแหน่งเภสัชกรปฏิบัติการ และตำแหน่ง
นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ สังกัดโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
นครศรีธรรมราช โดยกำหนดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๒๐ - ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๘ ไปแล้วนั้น

บัดนี้ การดำเนินการคัดเลือกได้เสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือก ดังนี้

- ตำแหน่งเภสัชกรปฏิบัติการ

ลำดับที่ได้รับคัดเลือก

เลขประจำตัวสอบ

ชื่อ - สกุล

๑

๑

นางสาวนนทรี ขวัญทอง

๒

๒

นางสาวพิมพ์พลอย ทองทิพย์

- ตำแหน่งนักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

ลำดับที่ได้รับคัดเลือก

เลขประจำตัวสอบ

ชื่อ - สกุล

๑

๑

นางสาวสุธาสิณี มูลประเสริฐ

๒

๒

นางสาวนันท์นลิน ดวงตา

ทั้งนี้ ขอแจ้งให้ผู้ได้รับการคัดเลือกทราบ ดังนี้

๑. บัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกใช้ได้จนถึงสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๘ แต่ถ้ามีการคัดเลือก
ในตำแหน่งเดียวกันนี้อีกและได้ขึ้นบัญชีผู้ได้รับคัดเลือกใหม่แล้ว บัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกครั้งนี้เป็นอันยกเลิก

๒. ผู้ได้รับการคัดเลือกผู้ใด ได้ขึ้นบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกดังกล่าวข้างต้น ถ้ามีกรณีอย่างใด
อย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้เป็นอันยกเลิกการขึ้นบัญชีผู้นั้นไว้ในบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือก คือ

๒.๑ ผู้นั้นได้สละสิทธิ์การบรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก

๒.๒ ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อรับการบรรจุเข้ารับราชการภายในเวลาที่กำหนด

๒.๓ ผู้นั้นมีเหตุที่ไม่อาจเข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการได้ตามกำหนดเวลา ที่จะบรรจุแต่งตั้ง
ในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก

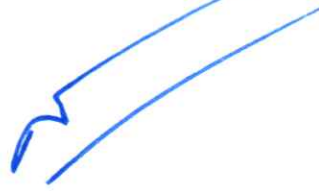
๒.๔ ผู้นั้นได้บรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือกไปแล้ว

๓. หากปรากฏภายหลังว่าผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกรายใดมีคุณสมบัติทั่วไป หรือคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งสำหรับตำแหน่งไม่ตรงตามประกาศรับสมัคร หรือคุณสมบัติที่ยื่นสมัครเข้ารับการคัดเลือก ก.พ. มิได้รับรองว่าเป็นคุณสมบัติตรงตามประกาศรับสมัครคัดเลือก ถึงแม้ว่าผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกรายนั้นจะเป็นผู้ได้รับการคัดเลือก ก็จะไม่มีความสิทธิ์ได้รับการบรรจุและแต่งตั้งให้เข้ารับราชการในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก

๔. ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งดังกล่าว ต้องอยู่ปฏิบัติงานในตำแหน่งที่ได้รับบรรจุและแต่งตั้งเป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑ ปี โดยห้ามโอนไปส่วนราชการอื่น เว้นแต่ลาออกจากราชการ

๕. ให้ผู้ได้รับการคัดเลือก ลำดับที่ ๑ ตำแหน่งเภสัชกรปฏิบัติการ และตำแหน่งนักกายภาพบำบัด ปฏิบัติการ มารายงานตัวเพื่อรับการบรรจุและแต่งตั้งเข้ารับราชการ ในวันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๙.๐๐ น. ณ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ชั้น ๘ อาคารอำนวยการและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช หากไม่มารายงานตัวในวันและเวลาดังกล่าว จะถือว่าสละสิทธิ์การบรรจุเข้ารับการคัดเลือกในตำแหน่งดังกล่าวข้างต้น

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายสมชาย สิท้าน้อย)

ผู้ว่าราชการจังหวัดนครศรีธรรมราช

เอกสารที่นำมาแสดงในวันรายงานตัว

๑. รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด ๑ นิ้ว	จำนวน	๒ รูป
๒. สำเนาปริญญาบัตร พร้อมระเบียบแสดงผลการเรียน	อย่างละ	๑ ฉบับ
๓. สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	อย่างละ	๑ ฉบับ
๔. ใบรับรองแพทย์	จำนวน	๑ ฉบับ
๕. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)	จำนวน	๑ ฉบับ
๖. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ	จำนวน	๑ ฉบับ

หมายเหตุ สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ได้ตามท้ายประกาศนี้

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
เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้รับไว้ในหนังสือฉบับนี้ 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