



ประกาศสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
เรื่อง บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป
ในตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี และพนักงานช่วยเหลือคนไข้

ตามที่ได้มีประกาศสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗
เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อสรรหาและเลือกสรรเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป ในตำแหน่ง
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ นั้น

บัดนี้ การเลือกสรรได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรร
และการขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรร ตามรายชื่อดังต่อไปนี้

ตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

<u>ลำดับที่</u>	<u>เลขประจำตัวสอบ</u>	<u>ชื่อ - สกุล</u>		
๑	๒๐๐๒	นางสาว	กนกวรรณ	อักษรกาญจน์
๒	๒๐๐๕	นางสาว	สิริมดี	นราธรสวัสดิกุล
๓	๒๐๐๖	นางสาว	สิริวรรณ	ทับทิมทอง
๔	๒๐๐๘	นางสาว	พุชสดี	มณีรัตน์

ตำแหน่งพนักงานช่วยเหลือคนไข้

<u>ลำดับที่</u>	<u>เลขประจำตัวสอบ</u>	<u>ชื่อ - สกุล</u>		
๑	๓๐๐๒	นาย	ปณิธาน	สุขกิจ
๒	๓๐๐๔	นาย	สุภราช	วิเชียรชัย

ทั้งนี้ ขอแจ้งให้ผู้ผ่านการเลือกสรรทราบ ดังนี้

๑. บัญชีผู้ผ่านการเลือกสรรจะขึ้นบัญชีไว้ ๑ ปี นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อเป็นต้นไป
แต่ถ้ามีการเลือกสรรในตำแหน่งเดียวกันนี้อีก และได้ขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรรใหม่แล้ว บัญชีผู้ผ่าน
การเลือกสรรครั้งนี้เป็นอันยกเลิก

๒. ผู้ได้รับการเลือกสรรผู้ใดได้ขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรรดังกล่าวข้างต้น ถ้ามีกรณีใดๆ
อย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ให้เป็นอันยกเลิกการขึ้นบัญชีผู้นั้นไว้ในบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรร คือ

- ๑) ผู้นั้นได้ขอสละสิทธิไม่เข้ารับการจัดจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร
- ๒) ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างภายในเวลาที่กำหนด
- ๓) ผู้นั้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตามกำหนดวัน เวลา ที่ส่วนราชการกำหนด

ทั้งนี้...

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการเลือกสรร ลำดับที่ ๑ ตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินและบัญชี และ
พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ตามบัญชีข้างต้นมารายงานตัว เพื่อรับการจัดจ้างเป็นกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ (๒๙๘ ถนนธราธิบดี ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน สุราษฎร์ธานี ๘๔๑๓๐)
ในวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๖๗ เวลา ๘.๓๐ น. โดยนำเอกสารตามเอกสารแนบที่แนบมาพร้อมนี้
เริ่มจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
ในวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๖๗

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗



(นายณพพร ตันตริงสี)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ปฏิบัติหน้าที่
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวนอย่างละ ๕ ฉบับ
๒. สำเนาวุฒิการศึกษาและระเบียบผลการเรียน (Transcript of Records) จำนวนอย่างละ ๕ ฉบับ
๓. สำเนาหลักฐานอื่น ๆ เช่น ใบสำคัญการสมรส (เฉพาะผู้สมัครเพศหญิง) ใบเปลี่ยนชื่อ – นามสกุล (กรณีเปลี่ยนชื่อ – นามสกุล) ใบสำคัญทหารกองเกิน สด.๙ , สด.๔๓ (เฉพาะผู้สมัครชาย) จำนวนอย่างละ ๕ ฉบับ
๔. ใบรับรองแพทย์ ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน ที่แสดงว่าไม่เป็นโรคที่ต้องห้าม ตามกฎ ก.พ. ว่าด้วยโรค พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๑ ฉบับ จากโรงพยาบาลรัฐเท่านั้น (ตามแบบฟอร์มที่กำหนด)
๕. รูปถ่ายหน้าตรง ชุดเครื่องแบบปกติของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๕ 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