



ประกาศจังหวัดนราธิวาส

เรื่อง การขึ้นบัญชีและการยกเลิกบัญชีผู้สอบคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการ
ในตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ และตำแหน่งนักกิจกรรมบำบัดปฏิบัติการ
สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

ตามที่ คณะกรรมการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการ ได้ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิสอบสัมภาษณ์ วันเวลา และสถานที่ สอบคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการ ในตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ และตำแหน่งนักกิจกรรมบำบัดปฏิบัติการ ลงวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๗ ไปแล้ว นั้น

บัดนี้ จังหวัดนราธิวาส ได้ดำเนินการสอบคัดเลือกในตำแหน่งดังกล่าวข้างต้นเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงประกาศรายชื่อผู้สอบคัดเลือกได้และขึ้นบัญชีเป็นผู้สอบคัดเลือกได้ ดังรายชื่อตามรายละเอียดเอกสารแนบท้ายประกาศ ๑

ทั้งนี้ ขอแจ้งให้ผู้สอบคัดเลือกได้ทราบว่า

๑. การขึ้นบัญชีผู้สอบคัดเลือกได้ จะขึ้นบัญชีไว้ถึงสิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘) แต่ถ้ามีการคัดเลือกอย่างเดียวกันนี้อีก และได้ประกาศขึ้นบัญชีรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือกใหม่แล้ว บัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกได้ในครั้งนี้เป็นอันยกเลิก หรือเป็นไปตามที่ ก.พ. กำหนด

๒. การประกาศผลการสอบคัดเลือกดังกล่าวได้เรียงลำดับที่จากผู้ได้คะแนนสอบสัมภาษณ์ สูงสุดเรียงลงมาตามลำดับ ในกรณีที่มีผู้สอบได้คะแนนรวมเท่ากันให้ผู้ได้รับเลขประจำตัวสอบลำดับก่อน เป็นผู้อยู่ในลำดับที่สูงกว่า

๓. ผู้สอบคัดเลือกดังกล่าวข้างต้น ผู้ใดถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้เป็นอันยกเลิกผู้สอบคัดเลือกได้ คือ

๓.๑ ผู้นั้นได้ขอสละสิทธิในการบรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งที่สอบคัดเลือกได้

๓.๒ ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อรับการบรรจุเข้ารับราชการภายในเวลาที่กำหนด โดยไม่แจ้งเหตุจำเป็นหรือเหตุสุดวิสัยที่ไม่มารายงานตัวให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสทราบ

๓.๓ ผู้นั้นมีเหตุที่ไม่อาจเข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการได้ตามกำหนดเวลาที่ระบุบรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งที่สอบคัดเลือกได้

๔. จังหวัดนราธิวาส ขอเรียกผู้สอบคัดเลือกได้ ดังนี้

๔.๑ ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ ลำดับที่ ๑

๔.๒ ตำแหน่ง นักกิจกรรมบำบัดปฏิบัติการ ลำดับที่ ๑

ให้ไปรายงานตัวในวันจันทร์ ที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ชั้น ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส หากไม่มารายงานตัวตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว ให้ถือเอาตามข้อ ๓ พร้อมกันนี้ให้นำเอกสารประกอบการบรรจุ ดังรายละเอียดตามเอกสารแนบท้ายประกาศ ๒ มาในวันรายงานตัวด้วย

๕. ผู้สอบคัดเลือกได้จะได้รับการบรรจุและแต่งตั้งเข้ารับราชการเป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ โดยได้รับเงินเดือนตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ สำหรับตำแหน่งนั้น ๆ ทั้งนี้ จังหวัดนราธิวาสจะไม่รับโอนผู้สอบแข่งขันได้ ที่เป็นข้าราชการหรือพนักงานของรัฐทุกประเภทไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

๖. ผู้สอบคัดเลือกในตำแหน่งดังกล่าวข้างต้นต้องอยู่ปฏิบัติงานในตำแหน่งที่ได้รับการบรรจุ และแต่งตั้งเข้ารับราชการเป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑ ปี โดยห้ามย้ายหรือไปช่วยราชการส่วนราชการอื่น เว้นแต่ จะลาออกจากราชการหรือไม่ผ่านการประเมินผลการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ

ทั้งนี้ การประกาศรายชื่อผู้สอบคัดเลือกได้ดังกล่าวข้างต้น จังหวัดนราธิวาสได้ประกาศ ตามข้อเท็จจริงที่คณะกรรมการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการได้พิจารณาร่วมกัน แต่หาก ปรากฏภายหลังว่าผู้สมัครสอบรายใด ไม่มีคุณสมบัติตรงตามประกาศรับสมัครสอบคัดเลือก ให้ถือว่า ผู้สอบคัดเลือกได้รายนั้น เป็นผู้ขาดคุณสมบัติและไม่มีสิทธิได้รับการบรรจุและแต่งตั้งให้เข้ารับราชการ เป็นข้าราชการพลเรือนสามัญในครั้งนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗



(นายกฤษณนันท์ กำไร)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดนราธิวาส

เอกสารแนบท้ายประกาศจังหวัดนราธิวาส

ลงวันที่ ๒๗ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

รายชื่อผู้สอบคัดเลือกได้เพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการ

ตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ

ลำดับที่	เลขประจำตัวสอบ	คำนำหน้า	ชื่อ	นามสกุล
๑	๐๐๒	นางสาว	นาซีฮะ	อาลี
๒	๐๐๘	นางสาว	นูรีดา	แยนา
๓	๐๐๑	นางสาว	นุรา	อาแวกอแด
๔	๐๐๖	นางสาว	อาซีเยาะ	หะมะ
๕	๐๐๓	นางสาว	นภสร	ภัชรศิริโกคิน
๖	๐๑๒	นางสาว	ยามี่ละห์	มีนา
๗	๐๐๕	นาย	สมชาย	ศรีสวัสดิ์
๘	๐๐๔	นางสาว	นาเดียร์	กอเดร์ เดซพลาณูวัฒน์
๙	๐๑๓	นางสาว	มุนาดียา	สามะ
๑๐	๐๑๐	นาง	นุรุณิสาร์	รือสะ
๑๑	๐๑๕	นางสาว	ตัสนีม	บินหามะ
๑๒	๐๐๗	นางสาว	อัฟตีนา	บุลายามา

ตำแหน่งนักกิจกรรมบำบัดปฏิบัติการ

ลำดับที่	เลขประจำตัวสอบ	คำนำหน้า	ชื่อ	นามสกุล
๑	๐๐๑	นางสาว	นุรอัสมา	เต็ง

เอกสารที่ต้องแนบเพื่อใช้ในการบรรจุเข้ารับราชการ

๑. สำเนาทะเบียนบ้าน	จำนวน ๓ ฉบับ
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	จำนวน ๓ ฉบับ
๓. สำเนาใบปริญญาบัตร	จำนวน ๒ ฉบับ
๔. สำเนาระเบียนการศึกษา (transcript)	จำนวน ๒ ฉบับ
๕. สำเนาใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี)	จำนวน ๒ ฉบับ
๖. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)	จำนวน ๒ ฉบับ
๗. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว ๓ รูป แต่งชุดปกติสีขาว	
- ติดอินทรรณูช่อชัยพฤกษ์ มีดอก ๓ ดอก (ระดับปฏิบัติการ)	
- ติดอินทรรณูช่อชัยพฤกษ์ มีดอก ๒ ดอก (ระดับปฏิบัติงาน)	
แต่ติดแพรแถบสีต่างๆ สำหรับผู้บังคับบัญชาศาสนาอิสลาม คลุมศีรษะด้วยผ้าสีดำ	
๘. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัว-ชื่อสกุล (ถ้ามี)	จำนวน ๒ ฉบับ
๙. ใบรายงานการตรวจผลเลือด ตรวจจรู๊ปเลือด	จำนวน ๑ ฉบับ
๑๐. ใบรับรองแพทย์ ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐ ไม่เกิน ๑ เดือน (ตามแบบฟอร์มที่แนบ)	จำนวน ๑ ฉบับ
๑๑. หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงาน (รับรองถึงวันที่ ๕ ม.ค. ๒๕๖๘)	จำนวน ๑ ฉบับ

เอกสารที่ใช้ในการประกอบการขอเบิกจ่ายตรงจากกรมบัญชีกลาง

๑. สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา, มารดา, ภรรยาและ บุตร (ถ้ามี)	อย่างละ ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนสมรสของบิดากับมารดา	อย่างละ ๑ ฉบับ
๓. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัว-ชื่อสกุลของบิดา, มารดา และบุตร (ถ้ามี)	อย่างละ ๑ ฉบับ
- กรณีที่ บิดา มารดา เสียชีวิตขอสำเนาใบมรณบัตร	อย่างละ ๑ ฉบับ
- กรณีที่บิดากับมารดาไม่ได้จดทะเบียนสมรส ขอหนังสือรับรองจากนายทะเบียน (รับรองสำเนาเอกสารทุกรายการ)	

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