



ประกาศจังหวัดนราธิวาส

เรื่อง การขึ้นบัญชีและการยกเลิกบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการ
ในตำแหน่งนายแพทย์ปฏิบัติการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

ตามที่จังหวัดนราธิวาส ได้มีประกาศรับสมัครคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการ
ในตำแหน่งนายแพทย์ปฏิบัติการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ลงวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๘ นั้น
บัดนี้ จังหวัดนราธิวาส ได้ดำเนินการคัดเลือกในตำแหน่งดังกล่าวข้างต้นเสร็จสิ้นแล้ว
จึงขอประกาศรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือก ดังนี้

ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ

ลำดับที่	เลขประจำตัวสอบ	คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล
๑	๐๐๑	นางสาว	พัสสิกา	พรหมเยี่ยม
๒	๐๐๒	นาย	อุสมาน	นาแว
๓	๐๐๓	นางสาว	นุรีฮัน	ยูโซะ

ทั้งนี้ ขอแจ้งให้ผู้ได้รับการคัดเลือกทราบ ดังนี้

๑. การขึ้นบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือก จะขึ้นบัญชีไว้ถึงสิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘
(วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘) แต่ถ้ามามีการคัดเลือกอย่างเดียวกันนี้อีก และได้ประกาศขึ้นบัญชีรายชื่อผู้ได้รับ
การคัดเลือกใหม่แล้ว บัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกในครั้งนี้เป็นอันยกเลิก หรือเป็นไปตามที่ ก.พ. กำหนด

๒. การประกาศผลการคัดเลือกดังกล่าวได้เรียงลำดับที่จากผู้ได้คะแนนสอบสัมภาษณ์สูงสุด
เรียงลงมาตามลำดับ ในกรณีที่ผู้สอบได้คะแนนรวมเท่ากันให้ผู้ได้รับเลขประจำตัวสอบลำดับก่อน
เป็นผู้อยู่ในลำดับที่สูงกว่า

๓. ผู้ได้รับการคัดเลือกผู้ใดได้ขึ้นบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกดังกล่าว ถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่ง
ดังต่อไปนี้ ให้เป็นอันยกเลิกการขึ้นบัญชีผู้นั้นไว้ในบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือก คือ

๓.๑ ผู้นั้นได้ละสิทธิการบรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก

๓.๒ ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อรับการบรรจุเข้ารับราชการภายในเวลาที่กำหนด
โดยไม่แจ้งเหตุจำเป็นหรือเหตุสุดวิสัยที่ไม่มารายงานตัวให้จังหวัดนราธิวาสทราบ

๓.๓ ผู้นั้นมีเหตุที่ไม่อาจเข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการได้ตามกำหนดเวลาที่จะบรรจุและแต่งตั้ง
ในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก

๔. จังหวัดนราธิวาส ขอเรียกผู้ได้รับการคัดเลือก ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ ลำดับที่ ๑ - ๓ ให้ไปรายงานตัวในวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๘ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ชั้น ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส หากไม่มารายงานตัวตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว ให้ถือว่าตามข้อ ๓ ในประกาศนี้ พร้อมทั้งให้นำเอกสารประกอบการบรรจุ ตั้งรายละเอียดตามเอกสารแนบท้ายประกาศ ๑ มาในวันรายงานตัวด้วย

๕. ผู้ได้รับการคัดเลือกจะได้รับการบรรจุและแต่งตั้งเข้ารับราชการเป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ โดยได้รับเงินเดือนตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ สำหรับตำแหน่งนั้น ๆ ทั้งนี้ จังหวัดนราธิวาสจะไม่รับโอนผู้ที่เป็นข้าราชการ หรือพนักงานของรัฐทุกประเภทไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

๖. ผู้ได้รับการคัดเลือกในตำแหน่งดังกล่าวข้างต้นต้องอยู่ปฏิบัติงานในตำแหน่งที่ได้รับการบรรจุและแต่งตั้งเข้ารับราชการเป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑ ปี โดยห้ามย้ายหรือไปช่วยราชการส่วนราชการอื่น เว้นแต่จะลาออกจากราชการหรือไม่ผ่านการประเมินผลการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ

ทั้งนี้ การประกาศรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือกดังกล่าวข้างต้น จังหวัดนราธิวาสได้ประกาศตามข้อเท็จจริงที่คณะกรรมการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการได้พิจารณาร่วมกัน แต่หากปรากฏภายหลังว่าผู้สมัครรายใด ไม่มีคุณสมบัติตรงตามประกาศรับสมัครคัดเลือก ให้ถือว่าผู้ได้รับการคัดเลือกรายนั้นเป็นผู้ขาดคุณสมบัติ และไม่มีสิทธิได้รับการบรรจุและแต่งตั้งให้เข้ารับราชการเป็นข้าราชการพลเรือนสามัญในครั้งนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘

ว่าที่ร้อยตรี

(ตระกูล ไทธรรม)

ผู้ว่าราชการจังหวัดนราธิวาส

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 ๑ รูป แต่งชุดปกติสีขาว | |
| - ติดอินทราชนุช่อชัยพฤกษ์ มีดอก ๓ ดอก (ระดับปฏิบัติการ) | |
| - ติดอินทราชนุช่อชัยพฤกษ์ มีดอก ๒ ดอก (ระดับปฏิบัติงาน) | |
| ติดแพรแถบสีต่างๆ สำหรับผู้นับถือศาสนาอิสลาม คลุมศีรษะด้วยผ้าสีดำ | |
| ๘. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัว-ชื่อสกุล (ถ้ามี) | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๙. ใบรายงานการตรวจผลเลือด ตรวจจากรูปเลือด | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๑๐. ใบรับรองแพทย์ ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐ ไม่เกิน ๑ เดือน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| (ตามแบบฟอร์มที่แนบ) | |
| ๑๑. หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงาน (รับรองถึงวันที่ ๖ ก.ย. ๒๕๖๘) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| และสำเนาคำสั่งให้ปฏิบัติงาน/สัญญาจ้างพนักงาน/สัญญาจ้างเหมาบริการ ฯลฯ (ถ้ามี) | |

เอกสารที่ใช้ในการประกอบการขอเบิกจ่ายตรงจากกรมบัญชีกลาง

- | | |
|---|----------------|
| ๑. สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา, มารดา, ภรรยา และบุตร (ถ้ามี) | อย่างละ ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาสูติบัตรของบุตร (ถ้ามี) | อย่างละ ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาทะเบียนสมรสของบิดากับมารดา | อย่างละ ๑ ฉบับ |
| ๔. 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