

ประกาศจังหวัดนราธิวาส
เรื่อง การขึ้นบัญชีและการยกเลิกบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการ
ในตำแหน่งนายแพทย์ปฏิบัติการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

ตามที่จังหวัดนราธิวาส ได้มีประกาศรับสมัครคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการในตำแหน่งนายแพทย์ปฏิบัติการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙ นั้น

บัดนี้ จังหวัดนราธิวาส ได้ดำเนินการคัดเลือกในตำแหน่งดังกล่าวข้างต้นเสร็จสิ้นแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือก **ดังรายละเอียดตามเอกสารแนบท้ายประกาศ ๑**

ทั้งนี้ ขอแจ้งให้ผู้ได้รับการคัดเลือกทราบ ดังนี้

๑. การขึ้นบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือก จะขึ้นบัญชีไว้ถึงสิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐ (วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๗๐) แต่ถ้ามีการคัดเลือกอย่างเดียวกันนี้อีก และได้ประกาศขึ้นบัญชีรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือกใหม่แล้ว บัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกในครั้งนี้เป็นอันยกเลิก หรือเป็นไปตามที่ ก.พ. กำหนด

๒. การประกาศผลการคัดเลือกดังกล่าวได้เรียงลำดับที่จากผู้ได้คะแนนสอบสัมภาษณ์สูงสุดเรียงลงมาตามลำดับ ในกรณีที่มีผู้สอบได้คะแนนรวมเท่ากันให้ผู้ได้รับเลขประจำตัวสอบลำดับก่อนเป็นผู้อยู่ในลำดับที่สูงกว่า

๓. ผู้ได้รับการคัดเลือกผู้ใดได้ขึ้นบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกดังกล่าว ถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้เป็นอันยกเลิกการขึ้นบัญชีผู้นั้นไว้ในบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือก คือ

๓.๑ ผู้นั้นได้สละสิทธิการบรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก

๓.๒ ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อรับการบรรจุเข้ารับราชการภายในเวลาที่กำหนดโดยไม่แจ้งเหตุจำเป็นหรือเหตุสุดวิสัยที่ไม่มารายงานตัวให้จังหวัดนราธิวาสทราบ

๓.๓ ผู้นั้นมีเหตุที่ไม่อาจเข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการได้ตามกำหนดเวลาที่จะบรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก

๔. จังหวัดนราธิวาส ขอเรียกผู้ได้รับการคัดเลือก ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ **ลำดับที่ ๑ - ๔** ให้ไปรายงานตัวในวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๙ เวลา ๐๙.๐๐ น. ณ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ชั้น ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส หากไม่มารายงานตัวตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว ให้ถือเอาตามข้อ ๓ ในประกาศนี้ พร้อมทั้งให้นำเอกสารประกอบการบรรจุ **ดังรายละเอียดตามเอกสารแนบท้ายประกาศ ๒** มาในวันรายงานตัวด้วย

๕. ผู้ได้รับการคัดเลือกจะได้รับการบรรจุและแต่งตั้งเข้ารับราชการเป็นข้าราชการพลเรือนสามัญโดยได้รับเงินเดือนตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ สำหรับตำแหน่งนั้น ๆ ทั้งนี้ จังหวัดนราธิวาสจะไม่รับโอนผู้ที่เป็นข้าราชการหรือพนักงานของรัฐทุกประเภทไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

๖. ผู้ได้รับการคัดเลือกในตำแหน่งดังกล่าวข้างต้นต้องอยู่ปฏิบัติงานในตำแหน่งที่ได้รับการบรรจุและแต่งตั้งเข้ารับราชการเป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑ ปี โดยห้ามย้ายหรือไปช่วยราชการส่วนราชการอื่น เว้นแต่จะลาออกจากราชการหรือไม่ผ่านการประเมินผลการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ

/ทั้งนี้ การประกาศ...

ทั้งนี้ การประกาศรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือกดังกล่าวข้างต้น จังหวัดนราธิวาสได้ประกาศตามข้อเท็จจริงที่คณะกรรมการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการได้พิจารณาร่วมกัน แต่หากปรากฏภายหลังว่าผู้สมัครรายใด ไม่มีคุณสมบัติตรงตามประกาศรับสมัครคัดเลือก ให้ถือว่าผู้ได้รับการคัดเลือกรายนั้นเป็นผู้ขาดคุณสมบัติ และไม่มีสิทธิได้รับการบรรจุและแต่งตั้งให้เข้ารับราชการเป็นข้าราชการพลเรือนสามัญในครั้งนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายบุญช่วย หอมยามเย็น)
ผู้ว่าราชการจังหวัดนราธิวาส

เอกสารแนบท้ายประกาศจังหวัดนราธิวาส
ลงวันที่ ๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๙
รายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการ

ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ

ลำดับที่	เลขประจำตัวสอบ	คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล
๑	๐๐๕	นาย	ชารีฟ	ลีฆะ
๒	๐๐๒	นาย	นินัสรูน	ดือราแม
๓	๐๐๔	นางสาว	นิสรีน	สะมะแอ
๔	๐๐๑	นาย	อันวัร	บอตอ
๕	๐๐๓	นางสาว	กลรัตน์	มังคลาทัศน์

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
- ติดอินทรธนู ช่อชัยพฤกษ์ มีดอก ๓ ดอก (ระดับปฏิบัติการ)
- ติดอินทรธนู ช่อชัยพฤกษ์ มีดอก ๒ ดอก (ระดับปฏิบัติงาน)

ติดแพรแถบสีต่าง ๆ สำหรับผู้นับถือศาสนาอิสลาม คลุมศีรษะด้วยผ้าสีดำ
๘. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัว-ชื่อสกุล (ถ้ามี) จำนวน ๒ ฉบับ
๙. ใบรายงานการตรวจผลเลือด ตรวจกรุ๊ปเลือด จำนวน ๑ ฉบับ
๑๐. ใบรับรองแพทย์ ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐ ไม่เกิน ๑ เดือน จำนวน ๑ ฉบับ
(ตามแบบฟอร์มที่แนบ)
๑๑. หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงาน (รับรองถึงวันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๙) 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 ขอหนังสือรับรองบุตรจากนายทะเบียน

(รับรองสำเนาเอกสารทุกรายการ)

ใบรับรองแพทย์

เลขที่ .....

ส่วนที่ ๑ สำหรับผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ .....โทรศัพท์.....อีเมล.....

เลขประจำตัวประชาชน ..... ข้าพเจ้าขอหนังสือรับรองสุขภาพเพื่อเข้ารับราชการในตำแหน่ง..... 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 หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ เพื่อประโยชน์ในการบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ

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)

(.....)

<u>หมายเหตุ</u> *(๑) ชื่อส่วนราชการ*

(๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๓) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(๔) ประทับตราโรงพยาบาลด้วย

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย