



ประกาศสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป

ตามประกาศสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ลงวันที่ ๒ มกราคม ๒๕๖๙ รับสมัครบุคคลเพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป จำนวน ๑ ตำแหน่ง รวม ๑ อัตรา คือ นักวิชาการเงินและบัญชี และได้ดำเนินการเลือกสรรโดยการสอบคัดเลือกไปแล้ว

บัดนี้ การดำเนินการเลือกสรรได้เสร็จสิ้นแล้ว สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรและการขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรร ดังต่อไปนี้

ตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชี

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------|
| ๑. ผู้ผ่านการสอบคัดเลือก อันดับที่ ๑ | นางสาวศลิษา พวงสมบัติ |
| ๒. สำรอง อันดับที่ ๑ | นางสาวสิริกร นราแก้ว |

ทั้งนี้ ขอให้ผู้ผ่านการสอบคัดเลือกลำดับที่ ๑ มารายงานตัวและจัดจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ ณ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ตึกอำนวยการ ชั้น ๓ เวลา ๐๘.๓๐ น. พร้อมเอกสารใบรับรองแพทย์ซึ่งแสดงว่าไม่เป็นโรคต้องห้ามตามกฎหมาย ก.พ. ว่าด้วยโรค พ.ศ.๒๕๖๖ (แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้) จำนวน ๑ ฉบับ หากไม่มาตามกำหนดวันและเวลาจะถือว่าท่านสละสิทธิ์

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙


(นางมธุรดา สุวรรณโพธิ์)

ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ใบรับรองแพทย์

เลขที่.....

ส่วนที่ ๑ สำหรับขอรับการตรวจสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

อีเมล.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ข้าพเจ้าขอหนังสือรับรองสุขภาพเพื่อเข้ารับการจ้าง ในตำแหน่ง.....

กรม.....สุขภาพจิต.....กระทรวง.....สาธารณสุข.....โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

๑. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

๒. อุบัติเหตุและการผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

๓. เคยเข้ารับการรักษาโรคในฐานะผู้ป่วยใน ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

๔. ประวัติเกี่ยวสุขภาพที่สำคัญ.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้.....สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์.....(๑)

ตรวจสอบ เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ เพื่อประโยชน์ในการจ้างเป็น
พนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป

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

น้ำหนัก.....กก. ความสูง.....ซม. ความดันโลหิต.....มม. โปรท ซีฟจร.....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.....

สรุปความเห็นแพทย์.....(๓)

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย (๔)

(.....)

หมายเหตุ

(๑) ชื่อส่วนราชการ

(๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๓) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(๔) ประทับตราโรงพยาบาลด้วย

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย