



ประกาศจังหวัดอุดรดิตถ์

เรื่อง บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป

ตามประกาศจังหวัดอุดรดิตถ์ ลงวันที่ ๒๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑ ได้ประกาศรับสมัครบุคคล เพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานราชการ ประเภทพนักงานราชการทั่วไป ในสังกัดโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ในตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคล จำนวน ๑ อัตรา นั้น

บัดนี้ การเลือกสรรได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรร และการขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรร ตามรายชื่อดังต่อไปนี้

ลำดับที่	เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ-สกุล	หมายเหตุ
๑	๕๑	นางสาวจรรยาพร เก้าทอง	

บัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นผล เมื่อครบกำหนด ๑ ปี นับตั้งแต่วันประกาศ รายชื่อเป็นต้นไป และในอายุบัญชีถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้รายชื่อที่ได้ขึ้นไว้เป็นอันถูกยกเลิก การขึ้นบัญชีของผู้ขึ้นด้วย คือ

๑. ผู้ขึ้นได้ขอสละสิทธิไม่เข้ารับการจัดจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร
๒. ผู้ขึ้นไม่มารายงานตัวเพื่อเข้ารับการจัดจ้างภายในเวลาที่กำหนด
๓. ผู้ขึ้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตามกำหนดวันเวลาที่ส่วนราชการกำหนด

ทั้งนี้ ให้ผู้มีรายชื่อตามบัญชีข้างต้นลำดับที่ ๑ มารายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างเป็นพนักงาน ราชการประเภทพนักงานราชการทั่วไป ที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ในวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ เวลา ๘.๓๐ น. พร้อมเอกสารหลักฐาน ดังต่อไปนี้

- | | |
|--|--------------|
| ๑. รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด ๒.๕ x ๓.๒๕ เซนติเมตร (ชุดปกติขาว) | จำนวน ๒ รูป |
| ๒. สำเนาวุฒิการศึกษา | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๓. สำเนาระเบียบแสดงผลการศึกษา | จำนวน ๒ รูป |
| ๔. สำเนาใบปริญญาบัตร | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๕. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๖. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๗. ใบรับรองแพทย์ (ตามแบบที่แนบ) | จำนวน ๑ ฉบับ |

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๑

(นายธนากร อัจฉิตโรไพศาล)
ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรดิตถ์

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง(1).....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออยู่ที่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน

สถานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

แล้ว เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ขอรับรองว่า

นาย/นาง/นางสาว.....ไม่เป็นโรคต่อไปนี้

- (1) วัณโรคในระยะแพร่กระจายเชื้อ
- (2) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (3) โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- (4) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (5) โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรค

ต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่ตามที่ ก.พ. กำหนด

(6) (ถ้าหากจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุในข้อนี้).....

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์.....(2).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุให้ออกจากราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย