



ประกาศจังหวัดอุดรดิตถ์

เรื่อง บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป

ตามประกาศจังหวัดอุดรดิตถ์ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้ประกาศรับสมัครบุคคล เพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานราชการ ประเภทพนักงานราชการทั่วไป ในสังกัดโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ในตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคล จำนวน ๑ อัตรา และตำแหน่งนักวิชาการพัสดุ จำนวน ๒ อัตรา นั้น

บัดนี้ การเลือกสรรได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรร และการขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรร ตามรายชื่อดังต่อไปนี้

ตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคล กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

ลำดับที่	เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ-สกุล	หมายเหตุ
๑	๗	นางสาวเนตรนงาค์ เมืองก้อน	

ตำแหน่งนักวิชาการพัสดุ กลุ่มงานพัสดุ

ลำดับที่	เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ-สกุล	หมายเหตุ
๑	๕	นางสาวนิตยา ม่วงเมือง	

บัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นผล เมื่อครบกำหนด ๒ ปี นับตั้งแต่วันที่ประกาศ รายชื่อเป็นต้นไป และในอายุบัญชีถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้รายชื่อที่ได้ขึ้นไว้เป็นอันถูกยกเลิก การขึ้นบัญชีของผู้นั้นด้วย คือ

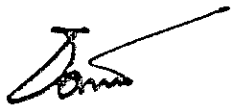
๑. ผู้นั้นได้ขอสละสิทธิ์ไม่เข้ารับการจัดจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร
๒. ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อเข้ารับการจัดจ้างภายในเวลาที่กำหนด
๓. ผู้นั้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตามกำหนดวันเวลาที่ส่วนราชการกำหนด

ทั้งนี้ ให้ผู้มีรายชื่อตามบัญชีข้างต้นลำดับที่ ๑ มารายงานตัวเพื่อรับการจ้างเป็นพนักงาน ราชการประเภทพนักงานราชการทั่วไป ที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ในวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๒ 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. สำเนาระเบียนแสดงผลการศึกษา | 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 ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒



(นายธนกร อังจิตรไพศาล)
ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรดิตถ์

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.....ไม่เป็น โรคต่อไปนี้

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

ต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่ตามที่ ก.พ. กำหนด

(6) (ถ้าหากจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุในข้อนี้).....

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

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุให้ออก

จากราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย