ประกาศจังหวัดกาญจนบุรี
เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไป

ด้วยจังหวัดกาญจนบุรีประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการ ประเภทพนักงานราชการทั่วไป ตำแหน่งเภสัชกร จำนวน ๕ อัตรา ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการสรรหาและเลือกสรรพนักงานราชการ และแบบสัญญาจ้างของพนักงานราชการ ลงวันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๕๒ และประกาศ คณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ เรื่อง การกำหนดลักษณะงานและคุณสมบัติเฉพาะงานและคุณสมบัติเฉพาะของกลุ่มงาน และการจัดกรอบอัตรากำลังพนักงานราชการ ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔ จึงประกาศรับสมัครบุคคลเพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไป โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. <u>ชื่อตำแหน่ง กลุ่มงาน และรายละเอียดการจ้างงาน</u> ตามบัญชีรายละเอียดแนบท้าย

๒. <u>คุณสมบัติทั่วไป และคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งของผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการเลือกสรรคุณสมบัติทั่วไป</u>

๒.๑ คุณสมบัติทั่วไป

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์

(๓) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

(๔) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ หรือเป็นโรคตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือน

(๕) ไม่เป็นผู้ดำรงตำแหน่งข้าราชการการเมือง กรรมการพรรคการเมืองหรือเจ้าหน้าที่ในพรรคการเมือง

(๖) ไม่เป็นผู้เคยต้องรับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เพราะกระทำความผิด ทางอาญา เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ ไม่เป็นผู้บกพร่องในศีลธรรมอันดีจนเป็นที่รังเกียจของสังคม

(๗) ไม่เป็นผู้เคยถูกลงโทษให้ออก ปลดออก หรือไล่ออกจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

หมายเหตุ <u>**ผู้ที่ผ่านการเลือกสรรในวันที่ทำสัญญาจ้าง**</u> จะต้องไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการ พนักงานหรือลูกจ้างของหน่วยงานอื่นของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานหรือลูกจ้างของราชการ ส่วนท้องถิ่น และจะต้องนำใบรับรองแพทย์ (แนบท้ายประกาศนี้) ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน และแสดงว่าไม่เป็นโรคที่ต้องห้ามตามกฎ ก.พ. ว่าด้วยโรค พ.ศ.๒๕๖๖ มายื่นด้วย

๒.๒ คุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง ตามบัญชีรายละเอียดแนบท้าย

/๓. การรับสมัคร...

๓. <u>การรับสมัคร</u>

๓.๑ วัน เวลาและสถานที่รับสมัคร

ให้ผู้ประสงค์จะสมัครกรอกใบสมัครด้วยตนเองได้ที่ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล อาคารมัชฌิมาคาร ชั้น ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี **ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ในวันและเวลาราชการ ภาคเช้าเวลา ๐๘.๓๐ น. ถึง ๑๒.๐๐ น. ภาคบ่ายเวลา ๑๓.๐๐ น. ถึง ๑๖.๐๐ น. ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม โทร ๐๓๔ ๕๑๒ ๙๖๑ ต่อ ๑๑๐ (<u>ผู้สมัคร : ต้องแต่งกายสุภาพ ห้ามสวมเสื้อยืด กางเกงยีนส์ รองเท้าแตะ</u>)**

ขอความร่วมมือให้ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นพนักงานราชการทั่วไป **<u>กรอกรายละเอียดในใบสมัครตามแบบฟอร์มที่แนบมาท้ายประกาศนี้ และเตรียมหลักฐานเอกสารไปให้พร้อม</u>** ก่อนการยื่นใบสมัครตามวันและเวลาที่กำหนด

๓.๒ หลักฐาน และเอกสาร ที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร

ผู้สมัครต้องนำเอกสารหลักฐานไปยื่นพร้อมใบสมัคร ดังนี้

(๑) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๑x๑.๕ นิ้ว โดยถ่ายไม่เกิน ๑ ปี (นับถึงวันปิดรับสมัคร) จำนวน ๓ รูป (ให้เขียนชื่อ – สกุล หลังรูปถ่ายด้วย)

(๒) สำเนา**<u>ปริญญาบัตรและทรานสคริป</u>**ที่แสดงว่าเป็นผู้มีวุฒิการศึกษาตรงกับตำแหน่งที่สมัคร จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ โดยจะต้องสำเร็จการศึกษาและได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจอนุมัติภายในวันปิดรับสมัคร คือวันที่ **๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๗**

ในกรณีที่ไม่สามารถนำหลักฐานการศึกษาดังกล่าวมายื่นพร้อมใบสมัครได้ ให้นำ**<u>หนังสือรับรองคุณวุฒิที่สถานศึกษาออกให้ โดยระบุสาขาวิชาที่สำเร็จการศึกษา และวันที่ที่ได้รับอนุมัติประกาศนียบัตรหรือปริญญาบัตร</u>**ซึ่งจะต้องอยู่ภายในกำหนดวันปิดรับสมัคร คือวันที่ **๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๗** มายื่นแทนก็ได้

(๓) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

(๔) สำเนาหลักฐานอื่น ๆ เช่น ใบสำคัญการสมรส ใบเปลี่ยนชื่อ – นามสกุล (กรณีในหลักฐานการสมัครมีชื่อ – นามสกุล ไม่ตรงกัน) อย่างละ ๑ ฉบับ

(๕) หลักฐานผ่านการเกณฑ์ทหาร สด.๘ หรือ สด.๔๓ (สำหรับเพศชาย)

(๖) หนังสือรับรองการผ่านงาน (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ

(๗) **ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม จากสภาเภสัชกรรม** (ตำแหน่งเภสัชกร)

<u>ทั้งนี้ ผู้สมัครต้องยื่นใบสมัคร พร้อมเอกสารที่เป็นต้นฉบับและสำเนา หากไม่สามารถนำเอกสารที่เป็นต้นฉบับมาแสดงได้ ให้นำหนังสือรับรองจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นหลักฐานประกอบการสมัครแทน และในหลักฐานการสมัครทุกฉบับ ให้ผู้สมัครรับรองสำเนาและลงชื่อกำกับไว้ด้วย</u>

-

/๓.๓ ค่าธรรมเนียม...

๓.๓ ค่าธรรมเนียมในการสมัคร

ผู้สมัครต้องเสียค่าธรรมเนียมสมัครสอบตำแหน่งเภสัชกร จำนวน ๒๐๐ บาท

เมื่อสมัครสอบแล้วค่าสมัครจะไม่จ่ายคืนให้ เว้นแต่ในกรณีที่เป็นผู้ขาดคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง แต่ทั้งนี้จะต้องดำเนินการขอคืนก่อนวันประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการประเมินฯ

๓.๔ เงื่อนไขในการรับสมัคร

ผู้สมัครเข้ารับการเลือกสรรต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบและรับรองตนเองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไป และคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตรงตามประกาศรับสมัครจริงและจะต้องกรอกรายละเอียดต่าง ๆ ในใบสมัคร พร้อมทั้งยื่นหลักฐานในการสมัครให้ครบถ้วน ในกรณีที่มีความผิดพลาดอันเกิดจากผู้สมัครไม่ว่าด้วยเหตุใด ๆ หรือวุฒิการศึกษาไม่ตรงตามคุณวุฒิของตำแหน่งที่สมัคร อันมีผลทำให้ผู้สมัครไม่มีสิทธิสมัครตามประกาศรับสมัครดังกล่าว ให้ถือว่าการรับสมัครและการได้เข้ารับการเลือกสรรครั้งนี้เป็นโมฆะสำหรับผู้นั้น และจังหวัดกาญจนบุรีจะไม่คืนค่าธรรมเนียมในการสมัคร

๔. <u>การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ และกำหนดวัน เวลา สถานที่ในการประเมิน</u>

จังหวัดกาญจนบุรี จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ และกำหนดวัน เวลา สถานที่ในการประเมินฯ ในวันที่ **๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๗** ณ บอร์ดกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล อาคารมัชฌิมาคาร ชั้น ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี และทางเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี **<u>www.kanpho.go.th/รับสมัครงาน</u>**

๕. <u>หลักเกณฑ์และวิธีการเลือกสรร</u> ตามบัญชีรายละเอียดแนบท้าย

๖. <u>เกณฑ์การตัดสิน</u>

ผู้ที่จะถือว่าเป็นผู้ที่ผ่านการเลือกสรรจะต้องเป็นผู้ที่ได้คะแนนในการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ แต่ละครั้ง ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐

ผู้ที่จะถือว่าเป็นผู้มีสิทธิ์เข้ารับการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ครั้งที่ ๒ จะต้องเป็นผู้ที่สอบได้คะแนนในการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ครั้งที่ ๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐

การจัดจ้างจะเป็นไปตามลำดับคะแนนที่สอบได้ กรณีมีการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ๒ ครั้ง จะเรียงลำดับที่จากผู้ที่ได้คะแนนการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ครั้งที่ ๑ และครั้งที่ ๒ รวมกันมากกว่าเป็นผู้อยู่ในลำดับที่สูงกว่า ถ้าคะแนนเท่ากันจะให้ผู้ที่ได้คะแนนจากการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ครั้งที่ ๑ มากกว่าเป็นผู้อยู่ในลำดับที่ สูงกว่า และหากคะแนนในการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ครั้งที่ ๑ เท่ากัน ให้พิจารณากำหนดเลือกความรู้ความสามารถ ทักษะ หรือสมรรถนะในเรื่องใด เพื่อกำหนดให้เป็นผู้อยู่ในลำดับที่สูงกว่าก็ได้

/๗. การประกาศ...

๗. <u>การประกาศรายชื่อและการขึ้นบัญชีรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรร</u>

จังหวัดกาญจนบุรีจะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรตามลำดับคะแนนการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ณ บอร์ดกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล อาคารมัชฌิมาคาร ชั้น ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี และทางเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี **www.kanpho.go.th/รับสมัครงาน** โดยบัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นผลไปเมื่อเลือกสรรครบกำหนด ๑ ปี นับแต่วันขึ้นบัญชีหรือนับแต่วันประกาศรับสมัครในตำแหน่งที่มีลักษณะงานเดียวกันนี้ใหม่ แล้วแต่กรณี

๘. <u>การจัดทำสัญญาจ้างผู้ผ่านการเลือกสรร</u>

ผู้ผ่านการเลือกสรรจะต้องทำสัญญาจ้างตามที่จังหวัดกาญจนบุรีกำหนด

ประกาศ ณ วันที่ ๑๘ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายธีรพจน์ ฟักน้อย)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดกาญจนบุรี

ตำแหน่ง เภสัชกร

กลุ่มงาน วิชาชีพเฉพาะ

หน่วยงาน ๑. กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค
โรงพยาบาลทองผาภูมิ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน ๓ อัตรา
๒. กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค
โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน ๑ อัตรา
๓. กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค
โรงพยาบาลไทรโยค
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน ๑ อัตรา

อัตราว่าง ๕ อัตรา

ค่าตอบแทน หลักสูตร ๕ ปี ๒๐,๕๔๐ บาท
หลักสูตร ๖ ปี ๒๒,๗๕๐ บาท

ระยะเวลาการจ้าง ตั้งแต่วันที่เริ่มจ้าง ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๗๑

สิทธิประโยชน์ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยพนักงานราชการ พ.ศ. ๒๕๔๗

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

ปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรมซึ่งมีลักษณะงานที่ปฏิบัติเกี่ยวกับการผสมและปรุงยาและเวชภัณฑ์ประเภทต่างๆ การจ่ายยาให้คนไข้ตามคำสั่งแพทย์ในโรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง

คุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง

ได้รับปริญญาตรีหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน ในสาขาวิชาเภสัชศาสตร์ และ ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาเภสัชกรรมชั้นหนึ่ง หรือได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม จากสภาเภสัชกรรม

หลักเกณฑ์และวิธีการเลือกสรร

ผู้สมัครต้องได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ด้วยวิธีการประเมิน ดังนี้

หลักเกณฑ์การเลือกสรร	คะแนนเต็ม	วิธีการประเมิน
<u>การประเมินสมรรถนะ ครั้งที่ ๑</u> - วิชาความรู้ความสามารถเฉพาะตำแหน่ง	๑๐๐	- สอบข้อเขียน
<u>การประเมินสมรรถนะ ครั้งที่ ๒</u> - ความรู้ความเหมาะสมกับตำแหน่ง	๑๐๐	- สอบสัมภาษณ์
รวม	**๒๐๐**	

จังหวัดกาญจนบุรี จะดำเนินการประเมินสมรรถนะ ครั้งที่ ๑ ก่อน และผู้ผ่านการประเมินในครั้งที่ ๑ ดังกล่าว จึงจะมีสิทธิเข้ารับการประเมินสมรรถนะในครั้งที่ ๒ ต่อไป

แบบคำร้องขอสมัครพนักงานราชการ

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

ด้วยข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....
เป็นผู้จบการศึกษาปริญญา / ประกาศนียบัตร.....
วิชาเอก/สาขา.....โดยได้รับอนุมัติจากสถานศึกษาชื่อ.....
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... **(ภายในวันปิดรับสมัคร)** มีความประสงค์ที่จะสมัครเพื่อรับการเลือกสรรเป็นพนักงานราชการ—**กรม/สำนักงาน** สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี **,**
ตำแหน่ง.....เภสัชกร.....**ซึ่งรับสมัครจากผู้ที่ได้รับวุฒิ (ปริญญา / ประกาศนียบัตร)**
วิชาเอก /สาขา..... **ระหว่างวันที่** 1 **เดือน** พฤศจิกายน **พ.ศ.** 2567 **ถึงวันที่** 7 **เดือน** พฤศจิกายน **พ.ศ.** 2567 **พร้อมนี้ ข้าพเจ้าได้ขอยื่น (หลักฐานการศึกษา).....**
..... ไว้ก่อน

ทั้งนี้ หากมีการตรวจสอบเอกสาร หรือคุณวุฒิของข้าพเจ้าที่ได้ยื่นสมัครแล้ว ปรากฏว่า ก.พ. ยังมิได้รับรองคุณวุฒิของข้าพเจ้าหรือคุณวุฒิดังกล่าวไม่ตรงตามคุณวุฒิของตำแหน่งที่ข้าพเจ้าสมัครอันมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่มีสิทธิสมัครตามประกาศรับสมัครที่กล่าวถึงข้างต้น ข้าพเจ้าจะไม่ใช้สิทธิเรียกร้องใด ๆ ทั้งสิ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณารับสมัคร ข้าพเจ้าด้วย จะขอบคุณยิ่ง

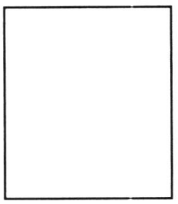
.....

(.....)

ผู้สมัคร

ใบสมัครเลขที่.....

ใบสมัครสำหรับพนักงานราชการทั่วไป



1. ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อและนามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)..... ที่อยู่ที่ติดต่อได้..... ..... หมายเลขโทรศัพท์..... E-mail Address..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ออกให้ที่อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... วันเดือนปีที่ออกบัตร..... หมดอายุ.....	สมัครตำแหน่ง ..... วัน/เดือน/ปีเกิด ..... สถานที่เกิด ..... สถานภาพสมรส ..... การรับราชการทหาร	อายุ ..... เชื้อชาติ ..... สัญชาติ ..... ศาสนา .....
อาชีพปัจจุบัน..... เหตุผลที่ (อยาก) ออกจากงาน.....		

2. ข้อมูลการศึกษาและฝึกอบรม

ปี พ.ศ.		สถานศึกษา	ประกาศนียบัตร/ปริญญาบัตร/วิชาเอก
จาก	ถึง		

หลักสูตรเพิ่มเติม	การฝึกอบรม

3. ข้อมูลการทำงานและประสบการณ์ทำงาน (โปรดให้รายละเอียดของงานที่ทำในช่วง 3 ปีย้อนหลัง)

ปี พ.ศ.		ชื่อและที่อยู่ของหน่วยงาน	ตำแหน่งงานและหน้าที่โดยย่อ	เงินเดือน	สาเหตุที่ออกจากงาน
จาก	ถึง				

โปรดระบุความสำเร็จของงานที่ทำผ่านมาในช่วง 3 ปีย้อนหลัง (ถ้ามี)

โปรดให้ความเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับ และอธิบายว่าประสบการณ์นั้น ๆ เป็นประโยชน์ต่องานที่สมัครในครั้งนี้อย่างไรบ้าง

4. ข้อมูลความรู้ความสามารถพิเศษ (ถ้ามี)

5. บุคคลอ้างอิง (ขอให้ระบุชื่อบุคคลที่คุ้นเคยกับการทำงานของท่าน เช่น ผู้บังคับบัญชาโดยตรง โปรดอย่าระบุชื่อบุคคลที่เป็นญาติหรือเพื่อน)

ชื่อและนามสกุล	ตำแหน่งปัจจุบัน	ที่ทำงานปัจจุบันและโทรศัพท์	ระบุความสัมพันธ์กับท่าน

6. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ระบุไว้ใน ข้อ 8 แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยพนักงานราชการ พ.ศ. 2547

ขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความตอนใดเป็นความเท็จหรือไม่ตรงกับความจริง ให้ถือเป็นหลักฐานเพื่อเลิกจ้างข้าพเจ้าได้ทันที

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ยื่นใบสมัครวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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