



ประกาศจังหวัดน่าน

เรื่อง การขึ้นบัญชีและการยกเลิกบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการ
ตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

ตามประกาศจังหวัดน่าน ลงวันที่ ๑๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ จังหวัดน่านประกาศรับสมัคร
คัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ สังกัดสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำนวน ๑ อัตรา นั้น

บัดนี้ การดำเนินการคัดเลือกได้เสร็จสิ้นแล้วจึงประกาศรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือก
เรียงตามลำดับ ดังบัญชีรายชื่อแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ขอแจ้งให้ผู้ได้รับการคัดเลือกทราบ ดังนี้

๑. บัญชีผู้ได้รับการคัดเลือก จะขึ้นบัญชีไว้จนถึงสิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ นับแต่วันที่
ประกาศ แต่ถ้ามีการคัดเลือกในตำแหน่งเดียวกันนี้อีก และได้ขึ้นบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกใหม่แล้ว บัญชีผู้ได้รับการ
คัดเลือกครั้งนี้เป็นอันยกเลิก

๒. ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกผู้ใด ได้ขึ้นบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกดังกล่าวข้างต้น ถ้ามีกรณีอย่างใด
อย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้เป็นอันยกเลิกการขึ้นบัญชีผู้นั้นไว้ในบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือก คือ

๒.๑ ผู้นั้นได้สละสิทธิการบรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก

๒.๒ ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อรับการบรรจุเข้ารับราชการภายในเวลาที่กำหนด

๒.๓ ผู้นั้นมีเหตุที่ไม่อาจเข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการได้ตามกำหนดเวลา ที่จะบรรจุและแต่งตั้ง
ในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก

๒.๔ ผู้นั้นได้รับการบรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือกไปแล้ว

๓. หากปรากฏภายหลังว่า ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกรายใดมีคุณสมบัติทั่วไป หรือคุณสมบัติ
เฉพาะสำหรับตำแหน่งไม่ตรงตามประกาศรับสมัคร หรือคุณสมบัติที่ยื่นสมัครเข้ารับการคัดเลือก ก.พ. มิได้รับรอง
ว่าเป็นคุณสมบัติตรงตามประกาศรับสมัครคัดเลือก ถึงแม้ว่าผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกรายนั้น จะเป็นผู้ได้รับการคัดเลือก
ก็จะมีสิทธิได้รับการบรรจุและแต่งตั้งให้เข้ารับราชการในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก

๔. ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งดังกล่าว ต้องอยู่ปฏิบัติงานใน
ตำแหน่งที่ได้รับการบรรจุและแต่งตั้งเป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑ ปี โดยห้ามโอนไปส่วนราชการอื่น เว้นแต่ลาออก
จากราชการ

๕. ให้ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกตามประกาศนี้ลำดับที่ ๑ ไปรายงานตัวเพื่อเข้ารับการบรรจุและแต่งตั้ง
ให้เข้ารับราชการตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ในวันที่
๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ชั้น ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
ตั้งแต่วันที่ ๐๙.๐๐ น. เป็นต้นไป

ทั้งนี้ ...

ทั้งนี้ ผู้ได้รับการคัดเลือกฯ จะได้รับการบรรจุและแต่งตั้งเข้ารับราชการตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ ปฏิบัติการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ตั้งแต่วันที่ ๒ มกราคม ๒๕๖๗ และให้นำเอกสาร ประกอบการบรรจุและแต่งตั้งตามรายละเอียดแนบท้ายนี้ ไปพร้อมกับวันรายงานตัวด้วย ผู้ที่ไม่ไปรายงานตัว ตามวัน เวลาที่กำหนด ถือว่าสละสิทธิ์

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖



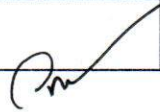
(นายนิวัฒน์ งามธุระ)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดน่าน ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดน่าน

บัญชีรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการ
ตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
แนบท้ายประกาศจังหวัดน่าน ลงวันที่ ๑๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ลำดับที่	เลขที่ผู้สมัคร	คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล
๑	๒๐๓	นางสาว	พิมพ์จี	คำครุฑ
๒	๒๐๘	นางสาว	ทยาตา	พิรามรักษ์
๓	๒๐๙	นางสาว	สุดารัตน์	คำใหม่คำ
๔	๒๐๑	นางสาว	มณฑาทิพย์	ไชยเขียว
๕	๒๐๖	นาย	กฤษดา	ธนชัยพงศ์พันธ์
๖	๒๐๒	นางสาว	สายไหม	กันปวน
๗	๒๑๑	นางสาว	อริศรา	ตาละ
๘	๒๑๐	นาย	ชลพลธิวัฏ	พันชน
๙	๒๐๔	นางสาว	ศุภานัน	อาทินาถ
๑๐	๒๑๓	นางสาว	สุนิศา	จิวปัญญา
๑๑	๒๐๕	นางสาว	เกร็ดมณี	สุทรวงค์
๑๒	๒๐๗	นางสาว	วิลาสินี	ศรีธ
๑๓	๒๑๒	ว่าที่ร้อยตรี	ชัชวัญญ์	สมศรี




เอกสารประกอบการบรรจุและแต่งตั้งที่ต้องนำไปในวันรายงานตัววันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๖

- | | |
|--|-------------|
| ๑. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๕ ชุด |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๕ ชุด |
| ๓. สำเนาใบสำคัญการสมรส (ถ้ามี) | จำนวน ๕ ชุด |
| ๔. สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี) | จำนวน ๕ ชุด |
| ๕. สำเนาหนังสือการผ่านการเกณฑ์ทหาร (ถ้ามี) | จำนวน ๕ ชุด |
| ๖. สำเนาวุฒิการศึกษา | จำนวน ๕ ชุด |
| ๗. สำเนาระเบียนการศึกษา (ทรานสคริป) | จำนวน ๕ ชุด |
| ๘. สำเนาใบประกอบวิชาชีพทุกใบ
(ตั้งแต่ใบแรกจนถึงใบต่ออายุ) | จำนวน ๕ ชุด |
| ๙. รูปถ่ายข้าราชการ (ชุดปกติขาว) | จำนวน ๔ รูป |
| ๑๐. ใบรับรองแพทย์ | จำนวน ๑ ใบ |
- ตามกฎ ก.พ. ว่าด้วยโรค พ.ศ. ๒๕๖๖ (ตามแบบฟอร์มที่แนบท้ายมาพร้อมนี้)
๑๑. หนังสือรับรองการเป็นลูกจ้างชั่วคราว จำนวน ๑ ฉบับ
- พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
(ถ้ามี)

ใบรับรองแพทย์

เลขที่

ส่วนที่ ๑ สำหรับผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

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

เลขประจำตัวประชาชน ข้าพเจ้าขอหนังสือรับรอง

สุขภาพเพื่อเข้ารับราชการในตำแหน่ง..... 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 หรือ
เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ เพื่อประโยชน์ในการบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการ
พลเรือนสามัญ

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)
(.....)

หมายเหตุ

(๑) ชื่อส่วนราชการ

(๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๓) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(๔) ประทับตราโรงพยาบาลด้วย

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย