



ประกาศกรมสุขภาพจิต
เรื่อง บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการ
ในตำแหน่งเภสัชกร
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ตามที่ได้มีประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ เรื่อง ขยายเวลาการรับสมัครบุคคลเพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งเภสัชกร สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา นั้น

บัดนี้ การเลือกสรรได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรร และการขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรร ตามรายชื่อดังต่อไปนี้

ลำดับที่	เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ - สกุล
๑	๑๐๐๑	นางสาว ภาวิดา ผ่องศิลป์

ทั้งนี้ ขอแจ้งให้ผู้ผ่านการเลือกสรรทราบ ดังนี้

๑. บัญชีผู้ผ่านการเลือกสรรจะขึ้นบัญชีไว้ ๑ ปี นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อเป็นต้นไป แต่ถ้ามีการเลือกสรรในตำแหน่งเดียวกันนี้อีก และได้ขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรรใหม่แล้ว บัญชีผู้ผ่านการเลือกสรรครั้งนี้เป็นอันยกเลิก

๒. ผู้ได้รับการเลือกสรรผู้ใดได้ขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรรดังกล่าวข้างต้น ถ้ามีกรณีใดๆ หนึ่ง ดังต่อไปนี้ ให้เป็นอันยกเลิกการขึ้นบัญชีผู้นั้นไว้ในบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรร คือ

- ๑) ผู้นั้นได้ขอสละสิทธิไม่เข้ารับการจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร
- ๒) ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อรับการจ้างภายในเวลาที่กำหนด
- ๓) ผู้นั้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตามกำหนดวัน เวลา ที่ส่วนราชการกำหนด

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการเลือกสรร ลำดับที่ ๑ ตำแหน่งเภสัชกร ตามบัญชีข้างต้นมารายงานตัวเพื่อรับการจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป และเริ่มปฏิบัติงาน ในวันที่ ๒ มกราคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ ห้องประชุมหลวงวิเชียรแพทยาคม ชั้น ๑ อาคารวิชาการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา)
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

เอกสารประกอบการรายงานตัวเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการ ในวันรายงานตัวให้จัดเตรียมเอกสาร ดังนี้ (ให้รับรองสำเนาในเอกสารทุกฉบับ)

- | | |
|---|--------------|
| ๑. รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด ๑.๕ x ๒ นิ้ว | จำนวน ๑ รูป |
| ไม่สวมหมวกและไม่สวมแว่นตาดำ | |
| โดยถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน | |
| ๒. สำเนาวุฒิการศึกษา (Transcript) | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๓. สำเนาประกาศนียบัตร | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๔. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๖. สำเนาใบประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๗. สำเนาหลักฐานอื่น ๆ | จำนวน ๒ ฉบับ |
| เช่น ใบสำคัญการสมรส ใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ในกรณีที่ชื่อ-นามสกุล ในหลักฐานการสมัครไม่ตรงกัน) และสำเนาใบ สด.๙ (เฉพาะผู้สมัครที่เป็นเพศชาย) | |
| ๘. ใบรับรองแพทย์ ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ของ ก.พ. | |

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 (๕)

(.....)

หมายเหตุ

(๑) ชื่อส่วนราชการ

(๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๓) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(๔) ประทับตราโรงพยาบาลด้วย

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย