



ประกาศจังหวัดเพชรบุรี

เรื่อง การขึ้นบัญชีและการยกเลิกบัญชีที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการในตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ ตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ และตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

ตามที่ได้มีประกาศจังหวัดเพชรบุรี ลงวันที่ ๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙ เรื่อง รับสมัครคัดเลือก เพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการในตำแหน่งแพทย์แผนไทยปฏิบัติการ ตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ ปฏิบัติการ และตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี โดยรับสมัคร ตั้งแต่วันที่ ๘ - ๑๔ กันยายน ๒๕๖๙ ไปแล้ว นั้น

บัดนี้ จังหวัดเพชรบุรี ได้ดำเนินการคัดเลือกเสร็จสิ้นแล้ว ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕๕ และมาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๔.๑/ว ๑๖ ลงวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๑ หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๔/ว ๓๓ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๘ ประกอบกับคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๘๘๖/๒๕๕๔ ลงวันที่ ๒๘ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ เรื่อง มอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านการบริหารงานบุคคล) จึงประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกและขึ้นบัญชีที่ได้รับการคัดเลือก ตามลำดับที่ ดังรายชื่อแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ขอแจ้งให้ผู้ได้รับคัดเลือกทราบ ดังนี้

๑. บัญชีที่ได้รับการคัดเลือก ใช้ได้จนถึงสิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐ แต่ถ้ามีการคัดเลือก ในตำแหน่งเดียวกันนี้อีก และได้ขึ้นบัญชีที่ได้รับการคัดเลือกใหม่แล้ว บัญชีที่ได้รับการคัดเลือกครั้งนี้เป็นอันยกเลิก
๒. ผู้ได้รับการคัดเลือกผู้ใดได้ขึ้นบัญชีที่ได้รับการคัดเลือกดังกล่าวข้างต้น ถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ให้เป็นอันยกเลิกการขึ้นบัญชีผู้นั้นไว้ในบัญชีที่ได้รับการคัดเลือก คือ
 - ๒.๑ ผู้นั้นสละสิทธิการบรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก
 - ๒.๒ ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อรับการบรรจุเข้ารับราชการภายในเวลาที่กำหนด
 - ๒.๓ ผู้นั้นมีเหตุที่ไม่อาจเข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการได้ตามกำหนดเวลาที่จะบรรจุและแต่งตั้ง ในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก
 - ๒.๔ ผู้นั้นประสงค์จะรับการบรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือกโดยการโอน แต่จังหวัดเพชรบุรีไม่รับโอน โดยแจ้งไว้ล่วงหน้าแล้ว ผู้นั้นจึงไม่ประสงค์จะรับการบรรจุ
๓. หากปรากฏภายหลังว่า ผู้ได้รับการคัดเลือกรายใดมีคุณสมบัติทั่วไปหรือคุณสมบัติเฉพาะ สำหรับตำแหน่งไม่ตรงตามประกาศรับสมัคร หรือคุณสมบัติที่ยื่นสมัครเข้ารับการคัดเลือก ก.พ. มิได้รับรองว่า เป็นคุณสมบัติตรงตามประกาศรับสมัครคัดเลือก ถึงแม้ว่าผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกรายนั้นจะเป็นผู้ได้รับการคัดเลือกก็จะมีสิทธิได้รับการบรรจุและแต่งตั้งให้เข้ารับราชการในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก
๔. ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งดังกล่าวต้องอยู่ปฏิบัติงานในตำแหน่ง ที่ได้รับการบรรจุและแต่งตั้งในส่วนราชการนี้เป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑ ปี โดยห้ามโอนย้ายไปส่วนราชการอื่น เว้นแต่ลาออกจากราชการ

๕. จังหวัดเพชรบุรี ขอให้ผู้ได้รับการคัดเลือก ในตำแหน่งแพทย์แผนไทยปฏิบัติการ ลำดับที่ ๑ ตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ ลำดับที่ ๑ และตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ลำดับที่ ๑ - ๑๕ ไปรายงานตัวเพื่อเลือกสถานที่ในการบรรจุเข้ารับราชการ ในวันศุกร์ที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๙ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ชั้น ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี (อาคารหลังเก่า) หากพ้นกำหนดวัน เวลา ดังกล่าว จะถือว่าสละสิทธิ์ โดยรับการบรรจุเข้ารับราชการ ในวันอังคารที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๙

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙

ร้อยตำรวจโท

(ภพชนก ชลานุเคราะห์)

ผู้ว่าราชการจังหวัดเพชรบุรี

รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกและขึ้นบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือก
แนบท้ายประกาศจังหวัดเพชรบุรี ลงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙
ตำแหน่งที่ ๑ : ตำแหน่งแพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

ลำดับที่	เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ - สกุล	หมายเหตุ
๑	๐๐๒	นางสาวกมลพรรณ ชนะชัย	
๒	๐๐๑	นางสาวมัลลิกา เกิดสา	
๓	๐๐๖	นางสาวลักขิกา เนียมสิน	
๔	๐๑๐	นางสาววิภาดา ผลรักษา	
๕	๐๐๗	นางสาวภัทรวรรณ ทองกร	

รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกและขึ้นบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือก
แนบท้ายประกาศจังหวัดเพชรบุรี ลงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙
ตำแหน่งที่ ๑ : ตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ

ลำดับที่	เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ - สกุล	หมายเหตุ
๑	๐๐๑	นางสาวยอดลดา ผ่องภักดิ์	

รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกและชั้นบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือก
 แบบท้ายประกาศจังหวัดเพชรบุรี ลงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙
 ตำแหน่งที่ ๑ : ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลำดับที่	เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ - สกุล	หมายเหตุ
๑	๐๐๘	นางสาวสุภัทตรา พระสุนิน	
๒	๐๓๗	นางสาวนุชนาถ พรหมเพชร	
๓	๐๑๑	นางสาวปทุมพร เอราวรรณ	
๔	๐๓๐	นางสาวรินรดา เมฆอากาศ	
๕	๐๓๑	นางสาวอรพรรณ ทองมาก	
๖	๐๓๔	นางสาวพรกมล ขลิบสุวรรณ	
๗	๐๐๗	นางสาวมนสิชา พูลสวัสดิ์	
๘	๐๒๒	นางสาววาสนี อินทรสมมุติ	
๙	๐๑๗	นางสาวนිරนุช ผ่องศิริ	
๑๐	๐๑๘	นางสาวภัทริยา แก้วแจ้ง	
๑๑	๐๑๖	นางสาวธาริณี วรรณคำ	
๑๒	๐๒๕	นางสาวปวีณา แจ้งจิต	
๑๓	๐๒๗	นางสาวสิริรัตน์ จิตรตระกูล	
๑๔	๐๐๓	นางสาวกนกธิดา จินกลั่น	
๑๕	๐๑๒	นางสาวนันทวัน กันจันทร์	
๑๖	๐๐๙	นางสาวทรรศิกา สงล่า	
๑๗	๐๑๐	นางสาวภักจิรา สะเอียบคง	
๑๘	๐๒๖	นางสาวสุพรรณษา แสงมณี	
๑๙	๐๑๔	นางสาวกรกช ยวงผึ้ง	
๒๐	๐๒๐	นางสาวณิชารีย์ ทองมี	

เอกสารหลักฐานประกอบการรายงานตัว เพื่อบรรจุและแต่งตั้งเข้ารับราชการ

****โปรดนำเอกสารหลักฐานมาให้ครบ หากไม่ครบจะทำให้การบรรจุล่าช้า******หลักฐานของผู้บรรจุเข้ารับราชการ**

๑. สำเนาทะเบียนบ้าน (เปลี่ยนเป็น นาย/นางสาว แล้ว)	จำนวน ๒ ฉบับ
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	จำนวน ๒ ฉบับ
๓. สำเนาปริญญาบัตร หรือหนังสือรับรองคุณวุฒิ	จำนวน ๒ ฉบับ
๔. สำเนาใบรายงานการศึกษา (Transcript) ระบุวันสำเร็จการศึกษาชัดเจน	จำนวน ๒ ฉบับ
๕. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี)	จำนวน ๒ ฉบับ
๖. ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง)	จำนวน ๑ ฉบับ
๗. ใบแสดงผลการตรวจสอบโลหิต (กรุ๊ปเลือด) (ฉบับจริง)	จำนวน ๑ ฉบับ
๘. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)	จำนวน ๒ ฉบับ
๙. สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาใบสำคัญการหย่า (ถ้ามี)	จำนวน ๒ ฉบับ
๑๐. สำเนาวุฒิการศึกษาอื่นๆ นอกเหนือจากวุฒิที่บรรจุ (ถ้ามี)	จำนวน ๒ ฉบับ
๑๑. สำเนาหนังสือรับรองการเกณฑ์ทหาร สด.๘ (ถ้ามี)	จำนวน ๒ ฉบับ
๑๒. รูปถ่ายชุดข้าราชการ ขนาด ๑ นิ้ว (รวมผมให้เรียบร้อย)	จำนวน ๓ รูป
๑๓. ไฟล์รูปถ่ายชุดข้าราชการ	จำนวน ๑ ไฟล์
๑๔. สำเนาหน้าบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย (book bank)	จำนวน ๒ ฉบับ
๑๒. หนังสือรับรองการทำงาน (ฉบับจริง ๑ ฉบับ, สำเนา ๑ ฉบับ)	จำนวน ๒ ชุด
๑๓. สำเนาคำสั่งลาออกจาก (พกส., ลูกจ้างชั่วคราว., พรก.)	จำนวน ๒ ชุด
๑๔. สำเนาคำสั่งจ้างตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน	จำนวน ๒ ชุด
๑๕. สำเนาคำสั่งเลื่อนเงินเดือน (ถ้ามี)	จำนวน ๒ ชุด

หลักฐานสำหรับเพิ่มสิทธิจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล

๑. สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา และมารดา	จำนวน ๒ ฉบับ
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบิดา และมารดา	จำนวน ๒ ฉบับ
๓. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล ของบิดา และมารดา (ถ้ามี)	จำนวน ๒ ฉบับ
๔. สำเนาใบสำคัญการสมรสหรือใบหย่า ของบิดา - มารดา	จำนวน ๒ ฉบับ
๕. สำเนาหนังสือสำคัญจดทะเบียนรับรองบุตร (บิดามารดาไม่ได้จดทะเบียนสมรส)	จำนวน ๒ ฉบับ
๖. สำเนาใบมรณบัตรของบิดา - มารดา (ถ้ามี)	จำนวน ๒ ฉบับ
๗. สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรส (กรณีสมรส)	จำนวน ๒ ฉบับ
๘. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคู่สมรส (กรณีสมรส)	จำนวน ๒ ฉบับ
๙. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล ของคู่สมรส (ถ้ามี)	จำนวน ๒ ฉบับ
๑๐. สำเนาใบสูติบัตรของบุตร (ถ้ามี)	จำนวน ๒ ฉบับ
๑๑. สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร (ถ้ามี)	จำนวน ๒ ฉบับ
๑๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบุตร (ถ้ามี)	จำนวน ๒ ฉบับ
๑๓. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล ของบุตร (ถ้ามี)	จำนวน ๒ ฉบับ
๑๔. สำเนาหนังสือสำคัญจดทะเบียนรับรองบุตร (ถ้ามี) (กรณีไม่ได้จดทะเบียนสมรสกับคู่สมรส)	จำนวน ๒ ฉบับ

หมายเหตุ ๑. สำเนาเอกสารหลักฐานให้รับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ (ห้ามรับรองสำเนาซ้อนสำเนา)

๒. ให้ผู้เข้ารับการบรรจุนำบัตรประจำตัวประชาชนมายืนยันข้อมูลการรายงานตัวด้วย

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)ประทับตราสถานพยาบาลด้วย

(๕) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

หนังสือให้ความยินยอมส่งผลการตรวจสุขภาพ

เขียนที่.....

วันที่.....

ตามที่.....(ชื่อส่วนราชการ).....ซึ่งต่อไปในหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้เรียกว่า
“ส่วนราชการ” ได้ส่งข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....
อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....
e-mail..... ซึ่งต่อไปในหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้เรียกว่า “เจ้าของข้อมูล
ส่วนบุคคล” มาตรวจสุขภาพ นั้น เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลตกลงยินยอมให้สถานพยาบาล
..... ส่งผลการตรวจสุขภาพตามใบรับรองแพทย์ที่ประกาศคณะกรรมการแพทย์
ของ ก.พ. กำหนด พร้อมเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องให้แก่ส่วนราชการ เพื่อให้ส่วนราชการดำเนินการ
ตามอำนาจหน้าที่ในการบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ เท่านั้น

เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลให้ความยินยอมในเอกสารนี้ด้วยความสมัครใจ ปราศจาก
การบังคับหรือชักจูง และทราบว่าเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลสามารถถอนความยินยอมเสียเมื่อใดก็ได้
เว้นแต่มีข้อจำกัดสิทธิในการถอนความยินยอมโดยกฎหมายหรือสัญญาระหว่างเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล
กับส่วนราชการ ที่ให้ประโยชน์แก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลอยู่ในกรณีที่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลประสงค์
จะขอถอนความยินยอมต้องทำเป็นหนังสือยื่นต่อส่วนราชการ ทั้งนี้ เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลทราบดีว่า
การถอนความยินยอมในการให้สถานพยาบาลส่งผลการตรวจสุขภาพให้แก่ส่วนราชการ เจ้าของข้อมูล
ส่วนบุคคลจะต้องนำผลการตรวจสุขภาพมายื่นให้แก่ส่วนราชการด้วยตนเองภายในระยะเวลาที่ส่วนราชการ
กำหนด โดยหากไม่ยื่นภายในกำหนดเวลาดังกล่าว อาจมีผลต่อการบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการ
พลเรือนสามัญ และการถอนความยินยอมดังกล่าว ย่อมไม่ส่งผลกระทบต่อการส่งผลการตรวจสุขภาพ
ที่ได้ดำเนินการไปแล้วตามการให้ความยินยอมในครั้งนี้

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความในหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้โดยตลอดแล้ว
จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....

()

หมายเหตุ “สถานพยาบาล” หมายถึง สถานพยาบาล ตามข้อ ๔ ของประกาศคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. ซึ่งส่วนราชการ
กำหนดให้ผู้ที่ได้รับการบรรจุและแต่งตั้งมาตรวจสุขภาพ

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี
ตามประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี
พ.ศ. ๒๕๖๑

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี	
ชื่อกลุ่มงาน:บริหารทรัพยากรบุคคล..... วัน/เดือน/ปี:๓๐..กันยายน...๒๕๖๙..... หัวข้อ : ประกาศจังหวัดเพชรบุรี เรื่อง การขึ้นบัญชีและการยกเลิกบัญชีที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการในตำแหน่งแพทย์แผนไทยปฏิบัติการ ตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ และตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ): ตามประกาศแนบท้ายนี้ Link ภายนอก: หมายเหตุ :	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล อนันต์ พงษ์นาค (นายอนันต์ พงษ์นาค) ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคล วันที่ ๓๐ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙	ผู้รับรองข้อมูล เอกรินทร์ อ่วมอุ่ม (นายเอกรินทร์ อ่วมอุ่ม) ตำแหน่ง หน.กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล วันที่ ๓๐ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙
ผู้อนุมัติรับรอง สุรีย์ แสนหมื่น (นายสุรีย์ แสนหมื่น) ตำแหน่ง หน.กลุ่มงานสุขภาพจิตจิต วันที่ ๓๐ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙	ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่ อนันต์ พงษ์นาค (นายอนันต์ พงษ์นาค) ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคล วันที่ ๓๐ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙