



ประกาศจังหวัดเพชรบุรี

เรื่อง การขึ้นบัญชีและการยกเลิกบัญชีที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการ
ในตำแหน่งทันตแพทย์ปฏิบัติการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

ตามที่ได้มีประกาศจังหวัดเพชรบุรี ลงวันที่ ๑๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙ เรื่อง รับสมัครคัดเลือก
เพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการ ในตำแหน่งทันตแพทย์ปฏิบัติการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี
โดยรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๖ - ๒๒ ตุลาคม 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 ดังนี้

ลำดับที่	เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ - สกุล	หมายเหตุ
๑	๐๐๑	นางสาวปพิชญา เล็กพิทยา	

ทั้งนี้ ขอแจ้งให้ผู้ได้รับคัดเลือกทราบ ดังนี้

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

๕. จังหวัดเพชรบุรี ขอให้ผู้ได้รับการคัดเลือก ในตำแหน่งทันตแพทย์ปฏิบัติการ ลำดับที่ ๑ ไปรายงานตัวเพื่อรับการบรรจุ เข้ารับราชการ ในวันจันทร์ที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๙ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ชั้น ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี (อาคารหลังเก่า) หากพ้นกำหนดวัน เวลา ดังกล่าว จะถือว่าสละสิทธิ์

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

ร้อยตำรวจโท



(ภพชนก ชลานุเคราะห์)

ผู้ว่าราชการจังหวัดเพชรบุรี

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	
<p>ชื่อกลุ่มงาน:บริหารทรัพยากรบุคคล.....</p> <p>วัน/เดือน/ปี:๓๐..ตุลาคม...๒๕๖๙.....</p> <p>หัวข้อ : ประกาศจังหวัดเพชรบุรี เรื่อง การขึ้นบัญชีและการยกเลิกบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการ ในตำแหน่งทันตแพทย์ปฏิบัติการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี</p> <p>รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ): ตามประกาศแนบท้ายนี้</p> <p>Link ภายนอก:</p> <p>หมายเหตุ :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p style="text-align: center;">ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล</p> <p style="text-align: center;">อนันต์ พงษ์นาค</p> <p style="text-align: center;">(นายอนันต์ พงษ์นาค)</p> <p>ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคล</p> <p>วันที่ ๓๐ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙</p>	<p style="text-align: center;">ผู้รับรองข้อมูล</p> <p style="text-align: center;">เอกรินทร์ อ่วมอุ่ม</p> <p style="text-align: center;">(นายเอกรินทร์ อ่วมอุ่ม)</p> <p>ตำแหน่ง หน.กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล</p> <p>วันที่ ๓๐ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙</p>
<p style="text-align: center;">ผู้อนุมัติรับรอง</p> <p style="text-align: center;">สุรีย์ แสนหมื่น</p> <p style="text-align: center;">(นายสุรีย์ แสนหมื่น)</p> <p>ตำแหน่ง หน.กลุ่มงานสุขภาพจิตจิต</p> <p>วันที่ ๓๐ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙</p>	<p style="text-align: center;">ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่</p> <p style="text-align: center;">อนันต์ พงษ์นาค</p> <p style="text-align: center;">(นายอนันต์ พงษ์นาค)</p> <p>ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคล</p> <p>วันที่ ๓๐ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙</p>