



ประกาศสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป

ตามประกาศสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ลงวันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๗ รับสมัครบุคคลเพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป จำนวน ๒ ตำแหน่ง รวม ๕ อัตรา คือ ตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาล พนักงานช่วยเหลือคนไข้ และได้ดำเนินการเลือกสรรโดยการสอบคัดเลือกไปแล้ว

บัดนี้ การดำเนินการเลือกสรรได้เสร็จสิ้นแล้ว สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรและการขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรร ดังต่อไปนี้

ตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาล

ไม่มีผู้สมัครสอบคัดเลือก

ตำแหน่งพนักงานช่วยเหลือคนไข้

- | | | | |
|--------------------------------------|-----|--------|--------------|
| ๑. ผู้ผ่านการสอบคัดเลือก อันดับที่ ๑ | นาย | วนิชกร | ชลาณุเคราะห์ |
| ๒. ผู้ผ่านการสอบคัดเลือก อันดับที่ ๒ | นาย | สามารถ | สีสดีใส |

ทั้งนี้ ขอให้ผู้ผ่านการสอบคัดเลือกลำดับที่ ๑-๒ มารายงานตัวและจัดจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ตึกอำนวยการ ชั้น ๓ เวลา ๐๘.๓๐ น. พร้อมเอกสารใบรับรองแพทย์ซึ่งแสดงว่าไม่เป็นโรคต้องห้ามตามกฎหมาย ก.พ. ว่าด้วยโรค พ.ศ.๒๕๖๖ (แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้) จำนวน ๑ ฉบับ หากไม่มาตามกำหนดวันและเวลาจะถือว่าท่านสละสิทธิ์

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๘

(นางสาววรินทร์ พิพัฒน์เจริญชัย)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รักษาการแทน
ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ใบรับรองแพทย์

เลขที่.....

ส่วนที่ ๑ สำหรับขอรับการตรวจสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

อีเมล.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ข้าพเจ้าขอหนังสือรับรองสุขภาพเพื่อเข้ารับการจ้าง ในตำแหน่ง.....

กรม.....สุขภาพจิต.....กระทรวง.....สาธารณสุข..... โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

๑. โรคประจำตัว ไม่มี มี (ระบุ).....

๒. อุบัติเหตุและการผ่าตัด ไม่มี มี (ระบุ).....

๓. เคยเข้ารับการรักษาโรคในฐานะผู้ป่วยใน ไม่มี มี (ระบุ).....

๔. ประวัติเกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญ.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้.....สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์.....(๑)

ตรวจสอบ เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ เพื่อประโยชน์ในการจ้างเป็น

พนักงานราชการทั่วไป พนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป

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

น้ำหนัก.....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.....

.....

.....

สรุปความเห็นแพทย์.....(๓)

.....

.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย (๔)

(.....)

หมายเหตุ (๑) ชื่อส่วนราชการ

(๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๓) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(๔) ประทับตราโรงพยาบาลด้วย

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย