



ประกาศจังหวัดลพบุรี
เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไป

ด้วยจังหวัดลพบุรี ประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการ ประเภท พนักงานราชการทั่วไป ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการสรรหาและการเลือกสรรพนักงานราชการ และแบบสัญญาจ้าง ของพนักงานราชการ พ.ศ. ๒๕๕๒ ลงวันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๕๒ และประกาศคณะกรรมการบริหาร พนักงานราชการ เรื่อง การกำหนดลักษณะงานและคุณสมบัติเฉพาะของกลุ่มงาน และการจัดทำกรอบอัตราจ้าง พนักงานราชการ พ.ศ. ๒๕๕๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๐๘๖/๒๕๖๘ ลงวันที่ ๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ และคำสั่งจังหวัดลพบุรี ที่ ๔๐๔๐/๒๕๖๘ ลงวันที่ ๓๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ จึงประกาศรับสมัครบุคคลเพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไป โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. ชื่อตำแหน่ง

- | | |
|-----------------------------------|---------------|
| ๑.๑ ตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชี | จำนวน ๑ อัตรา |
| ๑.๒ ตำแหน่งเภสัชกร | จำนวน ๓ อัตรา |
- (ตามรายละเอียดแนบท้ายประกาศ)

๒. คุณสมบัติทั่วไป และคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งของผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการเลือกสรร

๒.๑ คุณสมบัติทั่วไป

- ๑) มีสัญชาติไทย
- ๒) มีอายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์ (นับถึงวันปิดรับสมัคร)
- ๓) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
- ๔) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถหรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ หรือเป็นโรคตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือน
- ๕) ไม่เป็นผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง กรรมการพรรคการเมืองหรือเจ้าหน้าที่ในพรรคการเมือง
- ๖) ไม่เป็นผู้เคยต้องรับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เพราะกระทำความผิดทางอาญา เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ หรือเป็นผู้พ้นโทษมาแล้วเกินห้าปี โดยต้องยื่นหนังสือรับรองความประพฤติตามแบบที่เลขาธิการ ก.พ. กำหนด มาประกอบการพิจารณาด้วย
- ๗) ไม่เป็นผู้เคยถูกลงโทษให้ออก ปลดออก หรือไล่ออกจากราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือ หน่วยงานอื่นของรัฐ สำหรับพระภิกษุหรือสามเณร จังหวัดลพบุรีไม่รับสมัครสอบ และไม่อาจให้เข้าสอบได้ ทั้งนี้ ตามหนังสือกรมสารบรรณคณะรัฐมนตรีฝ่ายบริหาร ที่ นว ๘๙/๒๕๐๑ ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๐๑ และตามความในข้อ ๔ ของคำสั่งมหาเถรสมาคม ที่ ๑/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๔

หมายเหตุ ผู้ที่ผ่านการเลือกสรรในวันที่ทำสัญญาจ้าง จะต้องไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการ พนักงานหรือลูกจ้างของหน่วยงานอื่นของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานหรือลูกจ้างของราชการส่วนท้องถิ่น และจะต้องนำไปรับรองแพทย์ ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน และแสดงว่าไม่เป็นโรคต้องห้ามตามกฎหมาย ก.พ. ว่าด้วยโรค พ.ศ. ๒๕๖๖ มาขึ้นด้วย

๒.๒ คุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง ตามรายละเอียดแนบท้ายประกาศ

๓. การรับสมัคร

๓.๑ วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ให้ผู้ประสงค์จะสมัคร ยื่นใบสมัครด้วยตนเองพร้อมเอกสารหลักฐานทั้งหมด ได้ที่ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ชั้น ๓ อาคาร ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ตั้งแต่วันที่ ๒๐ - ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๕ ในวันและเวลาราชการ (ช่วงเช้า ๐๘.๓๐ น. - ๑๒.๐๐ น. ช่วงบ่าย ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๓๐ น.) สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทร ๐-๓๖๖๘-๙๖๘๙ ต่อ ๒๓๓ ในวันและเวลาราชการ (ผู้สมัครต้องแต่งกายสุภาพเรียบร้อย)

ขอความร่วมมือให้ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการเลือกสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไป กรอกรายละเอียดในแบบฟอร์มใบสมัครตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ และเตรียมเอกสารหลักฐานมาให้พร้อมก่อนการยื่นใบสมัครตามวันและเวลาที่กำหนด

๓.๒ หลักฐานที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร

๑) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและไม่สวมแว่นตาดำ จำนวน ๒ รูป
ขนาด ๑.๕ x ๑ นิ้ว โดยถ่ายไม่เกิน ๑ ปี (นับถึงวันปิดรับสมัคร)

๒) สำเนาปริญญาบัตร จำนวน ๑ ฉบับ
(กรณีศึกษาหลักสูตรต่อเนื่อง โปรตแนบสำเนาประกาศนียบัตรวุฒิการศึกษาเดิมมาด้วย)

๓) สำเนาระเบียนแสดงผลการศึกษา (Transcript of Records) จำนวน ๑ ฉบับ
ที่แสดงว่าเป็นผู้มีวุฒิการศึกษาตรงกับตำแหน่งที่สมัคร โดยต้องสำเร็จการศึกษา
และได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจอนุมัติภายในวันปิดรับสมัคร

ในกรณีที่ไม่สามารถนำหลักฐานการศึกษาดังกล่าวมายื่นพร้อมใบสมัครได้ให้นำหนังสือรับรองคุณวุฒิที่สถานศึกษาออกให้ โดยระบุสาขาวิชาที่สำเร็จการศึกษาและวันที่ได้รับอนุมัติปริญญาบัตรหรือประกาศนียบัตร ซึ่งจะต้องอยู่ในกำหนดวันปิดรับสมัครมาแทน

๔) สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ (เฉพาะตำแหน่งเภสัชกร) จำนวน ๑ ฉบับ

๕) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๖) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๗) หลักฐานอื่น ๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล ใบสำคัญการสมรส (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ

๘) หลักฐานผ่านการเกณฑ์ทหาร สด.๘ หรือ สด.๔๓ (เฉพาะผู้สมัครเพศชาย) จำนวน ๑ ฉบับ

๙) หนังสือรับรองการผ่านงาน (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ

๑๐) ใบรับรองแพทย์ที่แสดงว่าไม่เป็นโรคต้องห้ามตาม กฎ ก.พ. ว่าด้วยโรค พ.ศ. ๒๕๖๖ ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน (นับถึงวันที่ปิดรับสมัคร)

ทั้งนี้ ในสำเนาหลักฐานทุกฉบับให้ผู้สมัครเขียนคำรับรอง “สำเนาถูกต้อง” และลงลายมือชื่อ วัน เดือน ปี ที่สมัครสอบกำกับไว้ในสำเนาเอกสารหลักฐานทุกหน้า

๓.๓ ค่าธรรมเนียมการสมัครสอบ

ผู้สมัครสอบต้องเสียค่าธรรมเนียมการสมัครสอบ จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) (โดยชำระเงินค่าธรรมเนียมการสมัครสอบ ทาง QR Code ที่งานการเงิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรีเท่านั้น) การสมัครจะมีผลสมบูรณ์เมื่อชำระค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบเรียบร้อยแล้ว ภายในระยะเวลาที่กำหนดและจะไม่จ่ายค่าธรรมเนียมการสมัครสอบคืนให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ

หมายเหตุ ผู้สมัครต้องเลือกสมัครได้เพียงตำแหน่งเดียวเท่านั้น

๓.๔ เงื่อนไขในการรับสมัคร

๑) ผู้สมัครเข้ารับการเลือกสรรต้องยินยอมให้ จังหวัดลพบุรี เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อใช้ในการสมัครสอบ โดยจังหวัดลพบุรีจะรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒

/๒) ผู้สมัคร ...

๒) ผู้สมัครเข้ารับการเลือกสรรจะต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบและรับรองตนเองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไป และคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตรงตามประกาศรับสมัครจริง และจะต้องกรอรายละเอียดต่าง ๆ ในใบสมัคร พร้อมทั้งยืนยันหลักฐานในการสมัครให้ถูกต้องครบถ้วน ในกรณีที่มีความผิดพลาด อันเกิดจากผู้สมัครไม่ว่าด้วยเหตุใด ๆ หรือวุฒิการศึกษาไม่ตรงตามวุฒิของตำแหน่งที่สมัครสอบ อันมีผลทำให้ผู้สมัครไม่มีสิทธิสมัครตามประกาศรับสมัครดังกล่าว ให้ถือว่า การรับสมัครและการได้เข้ารับการเลือกสรรครั้งนี้เป็นโมฆะสำหรับผู้สมัคร และจังหวัดลพบุรีจะไม่คืนค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบ

๔. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ และกำหนดวัน เวลา สถานที่ในการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ

จังหวัดลพบุรี จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการประเมินสมรรถนะ และกำหนดวัน เวลา สถานที่ในการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ภายในวันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๙ ทางเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ที่ www.lbo.moph.go.th หัวข้อ “ข่าวประชาสัมพันธ์”

* กำหนดการอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

๕. หลักเกณฑ์และวิธีการเลือกสรร ตามรายละเอียดแนบท้ายประกาศ

๖. เกณฑ์การตัดสิน

๖.๑ ผู้ที่จะถือว่าเป็นผู้ที่ผ่านการเลือกสรรจะต้องเป็นผู้ที่ได้คะแนนในการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ แต่ละครั้ง ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐

๖.๒ ผู้ที่จะถือว่าเป็นผู้มีสิทธิเข้ารับการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ครั้งที่ ๒ จะต้องเป็นผู้ที่สอบได้คะแนนประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ครั้งที่ ๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐

๖.๓ การจัดจ้างจะเป็นไปตามลำดับคะแนนที่สอบได้ กรณีที่มีการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ๒ ครั้ง จะเรียงลำดับจากผู้ที่ได้คะแนนการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ทั้ง ๒ ครั้ง รวมกันมากกว่าเป็นผู้อยู่ในลำดับที่ดีกว่า ถ้าได้คะแนนเท่ากันจะให้ผู้ที่ได้คะแนนจากการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ครั้งที่ ๒ มากกว่าเป็นผู้อยู่ในลำดับที่ดีกว่า และหากคะแนนในการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ครั้งที่ ๒ เท่ากัน จะให้ผู้ที่ได้รับหมายเลขประจำตัวสอบก่อนเป็นผู้อยู่ในลำดับที่ดีกว่า

๗. การประกาศรายชื่อและการขึ้นบัญชีรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรร

จังหวัดลพบุรี จะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรตามลำดับคะแนนสอบ ทางเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ที่ www.lbo.moph.go.th หัวข้อ “ข่าวประชาสัมพันธ์” โดยบัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิก หรือสิ้นสุดไปเมื่อเลือกสรรครบกำหนด ๒ ปี นับแต่วันขึ้นบัญชี หรือนับแต่วันประกาศรับสมัครในตำแหน่งที่มีลักษณะงานเดียวกันนี้ใหม่แล้วแต่กรณี

๘. การจัดทำสัญญาจ้างผู้ผ่านการเลือกสรร

ผู้ผ่านการเลือกสรรจะต้องทำสัญญาจ้างตามที่จังหวัดลพบุรีกำหนด

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙



(นายปิยะเดช วลีพิทักษ์เดช)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดลพบุรี

ตั้งแต่วันเริ่มจ้าง ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๗๑

๔. ค่าตอบแทน

๔.๑ ตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชี

วุฒิปริญญาตรี

๒๑,๗๘๐ บาท

๔.๒ ตำแหน่งเภสัชกร

วุฒิปริญญาตรี

- หลักสูตร ๕ ปี

๒๔,๘๖๐ บาท

- หลักสูตร ๖ ปี

๒๗,๕๔๐ บาท

๕. หลักเกณฑ์และวิธีการเลือกสรร

ผู้สมัครต้องเข้ารับการประเมินความรู้ความสามารถทักษะ และสมรรถนะ ดังนี้

๕.๑ หลักเกณฑ์และวิธีการเลือกสรร ตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชี ผู้สมัครต้องเข้ารับการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ครั้งที่ ๑ และครั้งที่ ๒ ด้วยวิธีการประเมิน ดังนี้

หลักเกณฑ์การเลือกสรร	คะแนนเต็ม	วิธีการประเมิน
การประเมินฯ ครั้งที่ ๑ ความรู้ความสามารถทั่วไป และความรู้ความสามารถเฉพาะตำแหน่ง	๑๐๐	สอบข้อเขียน
การประเมินฯ ครั้งที่ ๒ ประเมินความรู้ความเหมาะสมกับตำแหน่ง	๑๐๐	สอบสัมภาษณ์
รวม	๒๐๐	

ทั้งนี้ จะประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ครั้งที่ ๑ (สอบข้อเขียน) ก่อน และเมื่อสอบผ่านการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ครั้งที่ ๑ (สอบข้อเขียน) แล้ว จึงจะมีสิทธิเข้าประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ครั้งที่ ๒ (สอบสัมภาษณ์) ในภายหลัง

๕.๒ หลักเกณฑ์และวิธีการเลือกสรร ตำแหน่งเภสัชกร ผู้สมัครต้องเข้ารับการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ด้วยวิธีการประเมิน ดังนี้

หลักเกณฑ์การเลือกสรร	คะแนนเต็ม	วิธีการประเมิน
การประเมินฯ ประเมินความรู้ความเหมาะสมกับตำแหน่ง	๑๐๐	สอบสัมภาษณ์
รวม	๑๐๐	

ติดรูปถ่าย
ขนาด
1.5 x 1 นิ้ว

ใบสมัครสำหรับพนักงานราชการทั่วไป

1. ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อและนามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)	สมัครตำแหน่ง	
	สถานที่ปฏิบัติงาน (ตามประกาศรับสมัครฯ)	
ที่อยู่ปัจจุบัน	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ
หมายเลขโทรศัพท์	สถานที่เกิด	สัญชาติ
E-mail Address	สถานภาพสมรส	เชื้อชาติ
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน	การรับราชการทหาร	ศาสนา
ออกให้ที่อำเภอ/เขต จังหวัด		
วันเดือนปีที่ออกบัตร..... หมดอายุ		
ภูมิลำเนา กรุ๊ปเลือด		
อาชีพปัจจุบัน		
เหตุผลที่ (อยาก) ออกจากงาน		

2. ข้อมูลการศึกษาและประสบการณ์การฝึกอบรม

ปี พ.ศ.		สถานศึกษา	ประกาศนียบัตร/ปริญญาบัตร/วิชาเอก
จาก	ถึง		

หลักสูตรเพิ่มเติม

การฝึกอบรม

3. ข้อมูลการทำงานและประสบการณ์ทำงาน (โปรดให้รายละเอียดของงานที่ทำในช่วง 3 ปีย้อนหลัง)

ปี พ.ศ.		ชื่อและที่อยู่ ของหน่วยงาน	ตำแหน่งงานและ หน้าที่โดยย่อ	เงินเดือน	สาเหตุที่ออกจากงาน
จาก	ถึง				

โปรดระบุความสำเร็จของงานที่ทำผ่านมาในช่วง 3 ปี ย้อนหลัง (ถ้ามี)

โปรดให้ความเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับ และอธิบายว่าประสบการณ์นั้น ๆ เป็นประโยชน์ต่องานที่สมัครในครั้งนี้
อย่างไรบ้าง

4. ข้อมูลความรู้ความสามารถพิเศษ (ถ้ามี)

5. บุคคลอ้างอิง (ขอให้ระบุชื่อบุคคลที่คุ้นเคยกับการทำงานของท่าน เช่น ผู้บังคับบัญชาโดยตรง โปรดอย่าระบุ
ชื่อบุคคลที่เป็นญาติหรือเพื่อน)

ชื่อและนามสกุล	ตำแหน่งปัจจุบัน	ที่ทำงานปัจจุบันและโทรศัพท์	ระบุความสัมพันธ์กับท่าน

6. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในข้อ 8 แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยพนักงานราชการ พ.ศ. 2547

ขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความตอนใดเป็นความเท็จ
หรือไม่ตรงกับความจริง ให้ถือเป็นหลักฐานเพื่อเลิกจ้างข้าพเจ้าได้ทันที ทั้งนี้ หากมีการตรวจสอบเอกสารหรือคุณวุฒิ
ของข้าพเจ้าในภายหลัง ปรากฏว่า ข้าพเจ้าไม่มีคุณสมบัติตรงตามประกาศรับสมัครสอบ ให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ขาด
คุณสมบัติในการสมัครสอบครั้งนี้ และจะไม่มีสิทธิเรียกร้องใดๆ ทั้งสิ้น หากข้าพเจ้าจงใจกรอกข้อความอันเป็นเท็จ
อาจมีความผิดฐานแจ้งความอันเป็นเท็จต่อเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ยื่นใบสมัครวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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