



ประกาศจังหวัดราชบุรี  
เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไป

ด้วยจังหวัดราชบุรี ประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการ ประเภทพนักงานราชการทั่วไป ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยพนักงานราชการ พ.ศ.๒๕๔๗ ประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการสรรหาและการเลือกสรรพนักงานราชการ และแบบสัญญาจ้างของพนักงานราชการ พ.ศ.๒๕๕๒ ลงวันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๕๒ ประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ เรื่อง การกำหนดลักษณะงานและคุณสมบัติเฉพาะของกลุ่มงาน และการจัดกรอบอัตรากำลังพนักงานราชการ พ.ศ.๒๕๕๔ ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔ คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๖๘๕/๒๕๕๓ ลงวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๕๓ เรื่อง มอบอำนาจการบริหารงานบุคคลของพนักงานราชการให้ผู้ว่าราชการจังหวัดปฏิบัติราชการแทน และคำสั่งจังหวัดราชบุรี ที่ ๕๐๓๔/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เรื่อง การมอบอำนาจให้ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัด จึงประกาศรับสมัครบุคคลเพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไป โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. ชื่อตำแหน่ง กลุ่มงาน และรายละเอียดการจ้างงาน

- ๑.๑ กลุ่มงาน วิชาชีพเฉพาะ
- ชื่อตำแหน่ง เกสซ์กร
- อัตรารว่าง ๓ อัตรา
- หน่วยงาน ๑) กลุ่มงานเกสซ์กรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบางแพ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี
- ๒) กลุ่มงานเกสซ์กรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบ้านคา  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี
- ๓) กลุ่มงานเกสซ์กรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี
- ค่าตอบแทน - หลักสูตร ๕ ปี ค่าตอบแทน ๒๐,๕๔๐ บาท  
- หลักสูตร ๖ ปี ค่าตอบแทน ๒๒,๗๕๐ บาท
- ระยะเวลาการจ้าง ตั้งแต่วันที่เริ่มจ้าง ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๗๑
- สิทธิประโยชน์ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยพนักงานราชการ พ.ศ. ๒๕๔๗
- ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

ปฏิบัติงานด้านเกสซ์กรรมซึ่งมีลักษณะงานที่ปฏิบัติเกี่ยวกับการผสมและปรุงยาและเวชภัณฑ์ ประเภทต่าง ๆ การจ่ายยาให้คนไข้ตามคำสั่งแพทย์ในโรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง

## ๒. คุณสมบัติทั่วไป และคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งของผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการเลือกสรร

### ๒.๑ คุณสมบัติทั่วไป

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์ (นับถึงวันปิดรับสมัคร)
- (๓) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
- (๔) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ หรือเป็นโรคตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือน
- (๕) ไม่เป็นผู้ดำรงตำแหน่งข้าราชการการเมือง กรรมการพรรคการเมือง หรือเจ้าหน้าที่ในพรรคการเมือง
- (๖) ไม่เป็นผู้เคยต้องรับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เพราะกระทำความผิดทางอาญา เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ ไม่เป็นผู้บกพร่องในศีลธรรมอันดี จนเป็นที่รังเกียจของสังคม

(๗) ไม่เป็นผู้เคยถูกลงโทษให้ออก ปลดออก หรือไล่ออกจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ สำหรับพระภิกษุหรือสามเณร ทางราชการไม่รับสมัครและไม่อาจให้เข้ารับการเลือกสรรเป็นพนักงานราชการได้ ทั้งนี้ ตามหนังสือกรมสารบรรณคณะรัฐมนตรีฝ่ายบริหาร ที่ นว ๘๘/๒๕๐๑ ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๐๑ และตามความในข้อ ๔ ของคำสั่งมหาเถรสมาคม ที่ ๑/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔

หมายเหตุ ผู้ที่ผ่านการเลือกสรรในวันที่ทำสัญญาจ้าง จะต้องไม่เป็นข้าราชการ หรือลูกจ้างของส่วนราชการ พนักงานหรือลูกจ้างของหน่วยงานอื่นของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานหรือลูกจ้างของราชการส่วนท้องถิ่น และจะต้องนำใบรับรองแพทย์ (แนบท้ายประกาศนี้) ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน และแสดงว่าไม่เป็นโรคที่ต้องห้ามตามกฎหมาย ก.พ. ว่าด้วยโรค พ.ศ.๒๕๖๖ มายื่นด้วย

### ๒.๒ คุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง

ได้รับปริญญาตรีหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน ในสาขาวิชาเภสัชศาสตร์และได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาเภสัชกรรมชั้นหนึ่ง หรือได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมจากสภาเภสัชกรรม

## ๓. การรับสมัคร

### ๓.๑ วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ให้ผู้ประสงค์จะสมัคร ขอหรือดาวน์โหลดใบสมัคร และยื่นใบสมัครด้วยตนเองได้ที่ชั้น ๓ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ตั้งแต่วันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๗ ในวันและเวลาราชการ (ภาคเช้า เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. และภาคบ่าย เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.) โปรดแต่งกายสุภาพเรียบร้อย สุภาพบุรุษ สวมกางเกงขายาว สุภาพสตรี สวมกระโปรงหรือกางเกงขายาว สวมเสื้อสุภาพ โดยสอดชายเสื้อไว้ในกางเกง หรือกระโปรง สวมรองเท้าหุ้มส้น และประพฤติตนเป็นสุภาพชน ห้ามสวมเสื้อยัด กางเกงยีนส์

### ๓.๒ หลักฐานที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร

(๑) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๑ x ๑.๕ นิ้ว โดยถ่ายไม่เกิน ๑ ปี (นับถึงวันปิดรับสมัคร) จำนวน ๓ รูป

(๒) สำเนาใบเรียนแสดงผลการเรียน (Transcript) และสำเนาปริญญาบัตรที่แสดงว่าเป็นผู้มีวุฒิการศึกษาตรงกับตำแหน่งที่สมัคร พร้อมฉบับจริง จำนวนอย่างละ ๒ ฉบับ โดยจะต้องสำเร็จการศึกษา และได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจอนุมัติภายในวันปิดรับสมัคร และหากเรียนหลักสูตรต่อเนื่องให้แนบสำเนาวุฒิการศึกษามาเพื่อตรวจสอบด้วย

ในกรณี ...

ในกรณีที่ไม่สามารถนำหลักฐานการศึกษาดังกล่าวมายื่นพร้อมใบสมัครได้ให้นำหนังสือรับรองคุณวุฒิที่สถานศึกษาออกให้ โดยระบุสาขาวิชาที่สำเร็จการศึกษา และวันที่ได้รับอนุมัติปริญญาบัตรจากผู้มีอำนาจ ซึ่งจะต้องอยู่ภายในกำหนดวันปีรับสมัครมายื่นแทนได้ โดยหนังสือรับรองดังกล่าวต้องมีอายุไม่เกิน ๖ เดือน นับจากวันที่ผู้มีอำนาจได้ลงนามรับรอง

(๓) สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาเภสัชกรรมชั้นหนึ่ง หรือใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมจากสภาเภสัชกรรม พร้อมฉบับจริง จำนวน ๑ ฉบับ

(๔) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมฉบับจริง จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

(๕) สำเนาหลักฐานอื่น ๆ เช่น ใบสำคัญการสมรส (เฉพาะผู้สมัครเพศหญิง) ใบเปลี่ยนชื่อ/สกุล (ในกรณีที่ชื่อ/นามสกุลในหลักฐานการสมัครไม่ตรงกัน) พร้อมฉบับจริง จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ (ถ้ามี)

(๖) สำเนาหลักฐานซึ่งแสดงว่าผ่านการเกณฑ์ทหารหรือหลักฐานการฝึกอบรมวิชาทหาร (รต.) (เฉพาะเพศชาย) เช่น สด.๔๓ หรือ สด.๘ พร้อมฉบับจริง จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

(๗) หนังสือรับรองการผ่านงาน จำนวน ๑ ฉบับ (ถ้ามี)

ทั้งนี้ ในสำเนาหลักฐานทุกฉบับให้ผู้สมัครเขียนคำรับรอง “สำเนาถูกต้อง” และลงชื่อกำกับไว้ด้วย

หมายเหตุ ขอสงวนสิทธิ์ในการไม่รับสมัคร กรณีที่เอกสารไม่ครบถ้วน

### ๓.๓ ค่าธรรมเนียมสมัครสอบ

ผู้สมัครสอบต้องเสียค่าธรรมเนียมสมัครสอบสำหรับตำแหน่งที่สมัคร ตำแหน่งละ ๒๐๐ บาท

เมื่อสมัครสอบแล้วค่าสมัครสอบจะไม่ยกคืนให้ เว้นแต่ในกรณีที่เป็นผู้ขาดคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง แต่ทั้งนี้ จะต้องดำเนินการขอคืนก่อนวันประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการประเมินสมรรถนะ

## ๔. เงื่อนไขในการรับสมัคร

๔.๑ ผู้สมัครสอบจะต้องเป็นผู้มีคุณวุฒิการศึกษาตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งในข้อ ๒.๒ โดยต้องเป็นผู้สำเร็จการศึกษาและได้รับการอนุมัติจากผู้มีอำนาจอนุมัติภายในวันรับสมัครสอบวันสุดท้าย คือ วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๗ ทั้งนี้ การสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรชั้นปริญญาบัตรของสถานศึกษาใด จะถือตามกฎหมาย กฎหรือระเบียบเกี่ยวกับการสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรของสถานศึกษานั้นเป็นเกณฑ์

๔.๒ การสมัครสอบตามขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น ถือว่าผู้สมัครสอบเป็นผู้ลงลายมือชื่อ และรับรองความถูกต้องของข้อมูล หากผู้สมัครสอบจงใจกรอกข้อมูลอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดทางอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๑๓๗

๔.๓ ผู้สมัครสอบต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบและรับรองตนเองว่า เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามประกาศรับสมัครสอบ และต้องกรอกรายละเอียดต่าง ๆ ให้ถูกต้องครบถ้วนตรงตามความเป็นจริง ในกรณีที่มีความผิดพลาดอันเกิดจากผู้สมัครสอบ หรือตรวจพบว่าเอกสารหลักฐานซึ่งผู้สมัครสอบนำมายื่นไม่ตรงหรือไม่เป็นไปตามประกาศรับสมัครสอบ หรือคุณวุฒิที่ยื่นสมัครสอบ ก.พ. มิได้รับรองว่าคุณวุฒิตรงตามประกาศรับสมัครสอบ จังหวัดราชบุรี จะถือว่าผู้สมัครสอบเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครสอบครั้งนี้มาตั้งแต่ต้น

## ๕. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการประเมินสมรรถนะ และกำหนดวัน เวลา สถานที่ ในการประเมินสมรรถนะ

จังหวัดราชบุรี จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะและสมรรถนะ และกำหนดวัน เวลา สถานที่ในการประเมินสมรรถนะ ภายในวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี และทางเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี <http://rbpho.moph.go.th> ทั้งนี้ กำหนดการอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

## ๖. หลักเกณฑ์และวิธีการเลือกสรร

ผู้สมัครต้องเข้ารับการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ด้วยวิธีการประเมิน ดังนี้

| หลักเกณฑ์การเลือกสรร                                                                                      | คะแนนเต็ม | วิธีการประเมิน |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------|
| การประเมิน<br>- ความรู้ความสามารถทั่วไปและความรู้เฉพาะตำแหน่ง<br>- คุณลักษณะบุคคลและความเหมาะสมกับตำแหน่ง | ๑๐๐       | - สอบสัมภาษณ์  |
| รวม                                                                                                       | ๑๐๐       |                |

## ๗. เกณฑ์การตัดสิน

ผู้ที่ถือว่าเป็นผู้ที่ผ่านการเลือกสรรจะต้องเป็นผู้ที่ได้คะแนนในการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐

## ๘. การประกาศรายชื่อและการขึ้นบัญชีรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรร

จังหวัดราชบุรี จะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเรียงตามลำดับผู้ที่ได้คะแนนในการประเมินมากกว่าจะเป็นผู้อยู่ในลำดับที่สูงกว่า หากคะแนนยังเท่ากันอีกให้ผู้ที่ได้รับเลขประจำตัวสอบก่อนเป็นผู้อยู่ในลำดับที่สูงกว่า โดยจะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรร ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี และทางเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี <http://rbpho.moph.go.th> โดยบัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นสุดไปเมื่อเลือกสรรครบกำหนด ๑ ปี นับแต่วันประกาศขึ้นบัญชีหรือนับแต่วันประกาศรับสมัครในตำแหน่งที่มีลักษณะงานเดียวกันนี้ใหม่แล้วแต่กรณี

## ๙. การจัดทำสัญญาจ้างผู้ผ่านการเลือกสรร

ผู้ผ่านการเลือกสรรจะต้องทำสัญญาจ้างตามที่จังหวัดราชบุรีกำหนด

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๗



(นางปจิริย์ อารีรัตน์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี  
ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดราชบุรี

## แบบคำร้องขอสมัครพนักงานราชการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

ด้วยข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....

เป็นผู้จบการศึกษาปริญญา / ประกาศนียบัตร.....

วิชาเอก/สาขา.....โดยได้รับอนุมัติจากสถานศึกษาชื่อ.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....(ภายในวันปิดรับสมัคร) มีความประสงค์ที่จะสมัคร

เพื่อรับการเลือกสรรเป็นพนักงานราชการ

กรม/สำนักงาน.....ตำแหน่ง.....

ซึ่งรับสมัครจากผู้ที่ได้รับวุฒิ (ปริญญา / ประกาศนียบัตร).....

วิชาเอก / สาขา.....ระหว่างวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....พร้อมนี้ ข้าพเจ้าได้ขอยื่น (หลักฐานการศึกษา)

.....ไว้ก่อน

ทั้งนี้ หากมีการตรวจสอบเอกสาร หรือคุณสมบัติของข้าพเจ้าที่ได้ยื่นสมัครแล้ว ปรากฏว่า  
ก.พ. ยังมิได้รับรองคุณสมบัติของข้าพเจ้าหรือคุณสมบัติดังกล่าวไม่ตรงตามคุณสมบัติของตำแหน่งที่ข้าพเจ้า  
สมัครอันมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่มีสิทธิสมัครตามประกาศรับสมัครที่กล่าวถึงข้างต้น ข้าพเจ้าจะไม่ใช้สิทธิ  
เรียกร้องใด ๆ ทั้งสิ้น

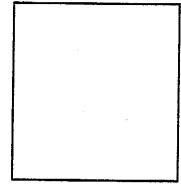
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณารับสมัคร ข้าพเจ้าด้วย จะขอบคุณยิ่ง

(.....)

ผู้สมัคร

ใบสมัครเลขที่.....

ใบสมัครสำหรับพนักงานราชการทั่วไป



1. ข้อมูลส่วนตัว

|                                         |  |                       |           |
|-----------------------------------------|--|-----------------------|-----------|
| ชื่อและนามสกุล<br>(นาย/นาง/นางสาว)..... |  | สมัครตำแหน่ง<br>..... |           |
| ที่อยู่ติดต่อได้.....                   |  | วัน/เดือน/ปีเกิด      | อายุ      |
| หมายเลขโทรศัพท์.....                    |  | สถานที่เกิด           | เชื้อชาติ |
| E-mail Address.....                     |  | สถานภาพสมรส           | สัญชาติ   |
| หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....         |  | การรับราชการทหาร      | ศาสนา     |
| ออกให้ที่อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....     |  |                       |           |
| วันเดือนปีที่ออกบัตร.....               |  |                       |           |
| หมดอายุ.....                            |  |                       |           |
| อาชีพปัจจุบัน.....                      |  |                       |           |
| เหตุผลที่ (อยาก) ออกจากงาน.....         |  |                       |           |

2. ข้อมูลการศึกษาและฝึกอบรม

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

หลักสูตรเพิ่มเติม

การฝึกอบรม

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

3. ข้อมูลการทำงานและประสบการณ์ทำงาน (โปรดให้รายละเอียดของงานที่ทำในช่วง 3 ปีย้อนหลัง)

| ปี พ.ศ. |     | ชื่อและที่อยู่<br>ของหน่วยงาน | ตำแหน่งงานและ<br>หน้าที่โดยย่อ | เงินเดือน | สาเหตุที่ออกจากงาน |
|---------|-----|-------------------------------|--------------------------------|-----------|--------------------|
| จาก     | ถึง |                               |                                |           |                    |
|         |     |                               |                                |           |                    |
|         |     |                               |                                |           |                    |
|         |     |                               |                                |           |                    |
|         |     |                               |                                |           |                    |

โปรดระบุความสำเร็จของงานที่ทำผ่านมาในช่วง 3 ปีย้อนหลัง (ถ้ามี)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

โปรดให้ความเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับ และอธิบายว่าประสบการณ์นั้น ๆ เป็นประโยชน์ต่องานที่สมัครในครั้งนี้อย่างไรบ้าง

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

4. ข้อมูลความรู้ความสามารถพิเศษ (ถ้ามี)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

5. บุคคลอ้างอิง (ขอให้ระบุชื่อบุคคลที่คุ้นเคยกับการทำงานของท่าน เช่น ผู้บังคับบัญชาโดยตรง โปรดอย่างระบุชื่อบุคคลที่เป็นญาติหรือเพื่อน)

| ชื่อและนามสกุล | ตำแหน่งปัจจุบัน | ที่ทำงานปัจจุบันและโทรศัพท์ | ระบุมความสัมพันธ์กับท่าน |
|----------------|-----------------|-----------------------------|--------------------------|
|                |                 |                             |                          |
|                |                 |                             |                          |
|                |                 |                             |                          |
|                |                 |                             |                          |

6. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ระบุไว้ใน ข้อ 8 แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยพนักงานราชการ พ.ศ. 2547

ขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความตอนใดเป็นความเท็จหรือไม่ตรงกับความจริง ให้ถือเป็นหลักฐานเพื่อเลิกจ้างข้าพเจ้าได้ทันที

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. เคยเข้ารับการรักษาในรฐานะผู้ป่วยใน ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) .....

๔. ประวัติเกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญ .....

ข้าพเจ้ายินยอมให้.....(๑) ตรวจสอบ เก็บรวบรวม ใช้ หรือ  
เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้รับไว้หนังสือฉบับนี้ 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