



ประกาศโรงพยาบาลหาดใหญ่
เรื่อง รับสมัครคัดเลือกบุคคลเพื่อจ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราวรายวัน

ด้วยโรงพยาบาลหาดใหญ่ ประสงค์รับสมัครคัดเลือกบุคคลเพื่อจ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราวรายวัน
จำนวน ๔ อัตรา โดยมีรายละเอียดและวิธีการคัดเลือกดังต่อไปนี้

กลุ่มงานทันตกรรม

๑. ตำแหน่งที่รับ

ตำแหน่งผู้ช่วยทันตแพทย์ จำนวน ๔ อัตรา วันละ ๓๖๐ บาท

๒. คุณสมบัติทั่วไป

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีอายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปี
- (๓) เป็นผู้เลื่อมใสในการปกครองระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยด้วยความบริสุทธิ์ใจ
- (๔) ไม่เป็นผู้ดำรงตำแหน่งกำนัน แพทย์ประจำตำบล สารวัตรกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน
- (๕) ไม่เป็นผู้ดำรงตำแหน่งข้าราชการการเมือง
- (๖) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ หรือเป็นโรคตามที่กำหนดในก.พ.ว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือน
- (๗) ไม่เป็นผู้อยู่ในระหว่าง ถูกสั่งให้พักราชการ หรือถูกสั่งให้ออกจากราชการไว้ก่อนตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยลูกจ้างประจำของส่วนราชการหรือตามกฎหมายอื่น
- (๘) ไม่เป็นผู้บกพร่องในศีลธรรมอันดีจนเป็นที่รังเกียจของสังคม
- (๙) ไม่เป็นกรรมการพรรคการเมืองหรือเจ้าหน้าที่ในพรรคการเมือง
- (๑๐) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
- (๑๑) ไม่เป็นผู้เคยต้องรับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุกเพราะกระทำความผิดอาญา เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- (๑๒) ไม่เป็นผู้เคยถูกลงโทษให้ออก ปลดออกหรือไล่ออกจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

(๑๓) ไม่เป็นผู้เคยถูกลงโทษให้ออก หรือปลดออก เพราะกระทำผิดวินัย ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยลูกจ้างประจำของส่วนราชการหรือตามกฎหมายอื่น

(๑๔) ไม่เป็นผู้เคยถูกลงโทษ ไล่ออกเพราะกระทำผิดวินัยตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยลูกจ้างประจำของส่วนราชการหรือตามกฎหมายอื่น

(๑๕) ไม่เป็นผู้เคยกระทำการทุจริตในการสอบเข้ารับราชการ

(๑๖) ผู้ที่จะเข้ารับราชการเป็นลูกจ้างชั่วคราวซึ่งขาดคุณสมบัติตาม (๘) (๑๐) (๑๑) หรือกระทรวงการคลังอาจพิจารณา ยกเว้นให้เข้ารับราชการได้ ส่วนผู้ที่ขาดคุณสมบัติตาม (๑๒) หรือ (๑๓) ถ้าผู้นั้นได้ออกจากงานหรือออกจากราชการไปเกินสองปีแล้ว หรือผู้ที่ขาดคุณสมบัติตาม (๑๔) ถ้าผู้นั้นได้ออกจากงานหรือออกจากราชการไปเกินสามปีแล้ว และมีใช่เป็นกรณีออกจากงานหรือออกจากราชการเพราะกระทำผิดในกรณีทุจริตต่อหน้าที่ กระทรวงการคลังอาจพิจารณา ยกเว้นให้เข้ารับราชการได้ การขอยกเว้น และการพิจารณา ยกเว้น ในกรณีที่ขาดคุณสมบัติทั่วไปให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด

๓. คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง

๑. ได้รับประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ ซึ่งมีระยะเวลาการศึกษาไม่น้อยกว่า ๑ ปี ต่อจากมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ

๒. ไม่จำกัดเพศ

๓. อายุระหว่าง ๑๘ – ๔๐ ปี (เพศชายผ่านการเกณฑ์ทหาร)

๔. สามารถใช้คอมพิวเตอร์ได้

๕. มีมนุษยสัมพันธ์ในการให้บริการ ติดต่อสื่อสาร

๖. ทดลองงานเป็นเวลา ๑ เดือน

๔. หน้าที่ความรับผิดชอบโดยย่อ

๑. ปฏิบัติงานขั้นต้นในฐานะผู้ช่วยทันตแพทย์ ช่วยทันตแพทย์ในขณะที่การตรวจรักษาผู้ป่วย เช่น การรับ-ส่งเครื่องมือทางทันตกรรม การช่วยดูดเลือด น้ำลาย การแก้ไขเหตุการณ์ฉุกเฉินในขณะที่ให้การรักษา การอำนวยความสะดวกอื่นๆในการให้บริการ การเตรียมเครื่องมือ และเก็บเครื่องมือก่อนและหลังการให้บริการผู้ป่วย การจัดการพื้นผิวให้ปราศจากเชื้อ

๒. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพของช่องปาก และฟัน ให้คำปรึกษาแนะนำในการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่ระดับรองลงมา

๓. รับบัตรผู้ป่วย เรียกผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ลงบันทึก และติดต่อนัดหมายผู้ป่วย ทำสถิติการรักษาพยาบาล

๔. ดูแลทำความสะอาด และซ่อมแซม บำรุงรักษาเครื่องมือ และอุปกรณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้อง

๕. ปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย เช่นการถ่ายภาพรังสีในช่องปาก

๕. การรับสมัคร

๕.๑ วัน เวลาและสถานที่รับสมัคร

ให้ผู้ประสงค์จะสมัคร สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มใบสมัครแนบท้ายประกาศนี้ หรือขอและยื่นใบสมัครด้วยตนเองได้ที่กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ชั้น ๒ อาคารอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ๑๐ ชั้น โรงพยาบาลหาดใหญ่ ตั้งแต่วันที่ ๑ - ๑๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. (เว้นวันหยุดราชการ)

๕.๒ หลักฐานที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร

(๑) สำเนาหลักฐานการศึกษา สำเนาปริญญาบัตรและสำเนาแสดงผลการเรียน (Transcript) ที่แสดงว่าเป็นผู้มีวุฒิการศึกษาตรงกับตำแหน่งที่สมัคร จำนวน ๑ ฉบับ โดยจะต้องสำเร็จการศึกษาและได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจอนุมัติภายในวันปิดรับสมัคร คือวันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗

(๒) สำเนาประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ ซึ่งมีระยะเวลาการศึกษาไม่น้อยกว่า ๑ ปี (ถ่ายจากตัวจริง) จำนวน ๑ ฉบับ

(๓) สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ถ่ายจากตัวจริง) จำนวน ๑ ฉบับ

(๔) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตาสีดำ (แต่งกายสุภาพ) ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป (ถ่ายไม่เกิน ๑ ปี)

(๕) สำเนาใบสำคัญการสมรส จำนวน ๑ ฉบับ (ถ้ามี)

(๖) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ สกุล จำนวน ๑ ฉบับ (ถ้ามี)

(๗) สำเนาหลักฐานผ่านการเกณฑ์ทหาร (สด.๔๓) หรือหลักฐานทหารกองหนุนที่ได้รับการฝึกและปลดประจำการแล้ว (สด.๘) สำหรับผู้สมัครเพศชาย จำนวน ๑ ฉบับ

(๘) ใบรับรองแพทย์ และออกให้โดยแพทย์ปริญญาซึ่งได้รับ อนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม และออกให้ไว้ไม่เกิน ๑ เดือน และเอกสารรับรองการได้รับวัคซีนโควิด-๑๙ อย่างละ ๑ ฉบับ

๕.๓ เงื่อนไขในการรับสมัคร

ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกจะต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบและรับรองตนเองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปและคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตรงตามประกาศรับสมัครจริง และจะต้องกรอกรายละเอียดต่างๆ ในใบสมัคร พร้อมทั้งยื่นหลักฐานในการสมัครให้ถูกต้องครบถ้วน ในกรณีที่มีความผิดพลาดอันเกิดจากผู้สมัครไม่ว่าด้วยเหตุใดๆ หรือวุฒิการศึกษาไม่ตรงตามคุณสมบัติของตำแหน่งที่สมัคร อันมีผลทำให้ผู้สมัครไม่มีสิทธิสมัครตามประกาศรับสมัครดังกล่าว ให้ถือว่า การรับสมัครและการได้เข้ารับการคัดเลือกครั้งนี้เป็นโมฆะสำหรับผู้นั้น

๖. ค่าธรรมเนียมการสมัคร

ผู้สมัครเสียค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวน ๓๐ บาท จะไม่จ่ายคืนเมื่อประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก

๗. หลักเกณฑ์ และวิธีการสอบคัดเลือก

ผู้สมัครต้องได้รับการประเมินความรู้ ความสามารถ และความเหมาะสมกับตำแหน่งด้วยวิธีการสอบสัมภาษณ์

๘. เกณฑ์การตัดสิน ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกเพื่อปฏิบัติงาน ประกอบด้วย

๘.๑ ผ่านการประเมินในการประเมินความรู้ความสามารถ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐

๘.๒ ผู้ผ่านการประเมินตามข้อ ๘.๑ ผ่านการตรวจสอบสุขภาพ และผลการตรวจสอบสุขภาพเป็นที่ยอมรับได้ จึงจะถือว่าผ่านการคัดเลือก

การจัดจ้างจะเป็นไปตามลำดับคะแนนที่สอบได้ กรณีถ้าได้คะแนนเท่ากันจะพิจารณาจากลำดับที่ในการสมัคร

๙. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้าคัดเลือก

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้าคัดเลือก และวัน เวลา สถานที่ ในการคัดเลือก วันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗ ณ บอร์ดประชาสัมพันธ์กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ชั้น ๒ อาคารอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ๑๐ ชั้น โรงพยาบาลหาดใหญ่ และทางเว็บไซต์ <http://www.hatyaihospital.go.th>

๑๐. การประกาศรายชื่อและการขึ้นบัญชีผู้ผ่านการคัดเลือก

โรงพยาบาลหาดใหญ่ จะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกตามลำดับคะแนนสอบ ณ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โดยบัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นผลไปเมื่อคัดเลือกครบกำหนด ๑ ปี นับแต่วันขึ้นบัญชีหรือนับแต่วันประกาศรับสมัครในตำแหน่งที่มีลักษณะงานเดียวกันนี้ใหม่แล้วแต่กรณี

๑๑. การบรรจุเข้าปฏิบัติงานและการตรวจสอบสุขภาพของบุคลากรใหม่

ผู้ที่ผ่านการคัดเลือก และถึงลำดับในการบรรจุเข้าปฏิบัติงานจะต้องผ่านการตรวจสอบสุขภาพตามรายการตรวจสอบสุขภาพก่อนเข้าปฏิบัติงานของโรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ และเพื่อความปลอดภัยทั้งต่อตนเอง ผู้ป่วย และผู้มารับบริการ ตามเอกสารแนบท้ายนี้ หากพบว่าผลการตรวจสอบสุขภาพเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน อาจจะไม่ได้รับการบรรจุเข้ารับการปฏิบัติงาน

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗



(นายไชยสิทธิ์ เทพชาติศรี)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่

รายการตรวจสอบสุขภาพ สำหรับผู้ผ่านการคัดเลือกก่อนเข้าปฏิบัติงานของบุคลากรใหม่

โรงพยาบาลหาดใหญ่

ตำแหน่งผู้ช่วยทันตแพทย์

การตรวจสอบสุขภาพก่อนเข้าทำงาน เพื่อให้ทราบว่า ผู้นั้นมีสุขภาพแข็งแรงพร้อมที่จะทำงาน
อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยทั้งต่อตนเอง ผู้ป่วย และบุคลากรในโรงพยาบาล

บุคคลที่จะเข้าทำงานในโรงพยาบาลหาดใหญ่ จึงต้องมีหลักฐานการตรวจสอบสุขภาพพร้อม
ใบรับรองแพทย์ ที่มีรายการตรวจ ดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการตรวจสอบสุขภาพ
1.	ใบรับรองแพทย์
2.	เอกซเรย์ทรวงอก (CXR)
3.	แอมเฟตามีน (Amphetamine)

ภูมิคุ้มกันโรค	ข้อกำหนด
1. คอตีบ-บาดทะยัก	ฉีดวัคซีน dT หรือ Tdap กระตุ้น 1 เข็มภายใน 10 ปี
2. หัด-คางทูม-หัดเยอรมัน	ก. มีผลตรวจภูมิคุ้มกันโรคหัด-หัดเยอรมัน: Positive <u>หรือ</u> ข. ฉีดวัคซีน MMR ในวัยผู้ใหญ่ ครบ 2 เข็ม
3. ไวรัสตับอักเสบบี	ก. มีผลตรวจ Anti-HBs: Positive <u>หรือ</u> ข. เกิดปี 2535 <u>หรือก่อนหน้า</u> , ตรวจ Anti-HBs: negative แล้วฉีดวัคซีน 3 เข็ม ค. เกิดหลังปี 2535, ตรวจ Anti-HBs: negative แล้วฉีดวัคซีน 1 เข็ม และตรวจ Anti-HBs หลังฉีด 1-2 เดือน พบว่ามีภูมิ >10 IU/ml
4. สุกใส	ก. มีผลตรวจ VZV IgG: Positive <u>หรือ</u> ข. ฉีดวัคซีนสุกใส ในวัยผู้ใหญ่ ครบ 2 เข็ม
5. ไข้หวัดใหญ่	ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ภายใน 1 ปี
6. โควิด-19	ฉีดวัคซีนโควิด-19 ตามมาตรฐาน และเข็มกระตุ้น

****กรณีมีผลตรวจสุขภาพหรือผลการได้รับวัคซีนตัวไหนแล้วให้นำมาด้วย



ใบสมัครเลขที่.....

ภาพถ่าย

1 นิ้ว

(Photo)

ใบสมัครงาน โรงพยาบาลหาดใหญ่

รายละเอียดส่วนตัวของผู้สมัคร

วันที่.....
สมัครตำแหน่ง.....

ชื่อ-สกุล(นาย/นาง/นางสาว).....	วัน/เดือน/ปีเกิด.....
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....	อายุ.....ปี.....เดือน.....
.....	เกิดจังหวัด..... สัญชาติ.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....	เชื้อชาติ..... ศาสนา.....
.....	โทรศัพท์(ที่บ้าน).....
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่..... ออกให้ ณ.....	โทรศัพท์(ที่ทำงาน).....
วันที่ออกบัตร..... วันหมดอายุบัตร.....	โทรศัพท์(มือถือ).....
ชื่อ(สามี/ภรรยา)..... อายุ.....ปี	E-mail.....
อาชีพ/ที่ทำงาน.....	สถานภาพการสมรส
ชื่อบิดา..... อายุ.....ปี	☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า
อาชีพ/ที่ทำงาน.....	ถ้าสมรสแล้วคู่สมรสมีรายได้หรือไม่
ชื่อมารดา..... อายุ.....ปี	☐ มี ☐ ไม่มี
อาชีพ/ที่ทำงาน.....	จำนวนบุตร.....คน

การรับราชการทหาร (เฉพาะเพศชาย)

ท่านเคยผ่านการเกณฑ์ทหารมาแล้วหรือไม่?

☐ เกณฑ์แล้ว ☐ ยังไม่เกณฑ์ ☐ ถ้ายัง มีกำหนดเมื่อ..... ☐ ได้รับการยกเว้นเพราะ.....

ประวัติการศึกษา

ระดับการศึกษา	ปี พ.ศ.		วุฒิที่ได้รับ	ชื่อสถานศึกษา
	ตั้งแต่	ถึง		
1.ประถมศึกษา				
2.มัธยมศึกษาตอนต้น				
3.มัธยมศึกษาตอนปลาย				
4.ประกาศนียบัตร				
5.ปริญญา				
6.อื่นๆระบุ				

ประวัติการทำงาน

ชื่อสถานที่ทำงานปัจจุบันหรือครั้งสุดท้าย.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
ระยะเวลาที่ทำงานจาก/ถึง..... ตำแหน่งเริ่มต้น.....
เหตุผลที่ลาออก..... ตำแหน่งสุดท้าย.....
หน้าที่ความรับผิดชอบโดยสังเขป.....

กรณีเร่งด่วน บุคคลที่สามารถติดต่อได้

ชื่อ-สกุล(นาย/นาง/นางสาว)..... โทรศัพท์..... ความสัมพันธ์.....
ที่อยู่.....

ผู้แนะนำให้สมัครงาน

ชื่อ-สกุล(นาย/นาง/นางสาว)..... ความสัมพันธ์.....
สถานที่ทำงาน.....
ที่อยู่.....

ประวัติการสุขภาพและได้รับวัคซีนโควิด-19

ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ ☐ มีโรคประจำตัว..... ☐ ไม่มีโรคประจำตัว
ท่านเคยได้รับวัคซีนโควิด-19 มาก่อนหรือไม่ ☐ เคยได้รับวัคซีนโควิด-19 ☐ ไม่เคยได้รับวัคซีนโควิด-19
เข็มที่1 ชื่อวัคซีน..... เมื่อวันที่.....
เข็มที่2 ชื่อวัคซีน..... เมื่อวันที่.....
เข็มอื่นๆ (ระบุ).....

ความสามารถพิเศษอื่นๆ.....

งานอดิเรก กีฬาและกิจกรรมที่สนใจ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวทั้งหมดในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ หลังจากโรงพยาบาลหาดใหญ่รับเข้าปฏิบัติงานแล้ว
ปรากฏว่าข้อความในใบสมัครและเอกสารที่นำมาแสดง หรือรายละเอียดที่ให้ไว้ไม่เป็นความจริง โรงพยาบาลหาดใหญ่ มีสิทธิ์เลิกจ้างข้าพเจ้าได้

(ลายมือชื่อ)..... ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ หลักฐานที่ต้องแนบ

- 1.สำเนาวุฒิการศึกษา/ Transcrip
- 2.สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3.สำเนาบัตรประชาชน
- 4.สำเนาหลักฐานการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
- 5.ใบรับรองแพทย์
- 6.รูปถ่าย 1 นิ้ว 2 รูป