



ประกาศสถาบันโรคผิวหนัง  
เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป

ด้วยสถาบันโรคผิวหนัง ประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ประเภทพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป ปฏิบัติงานที่สถาบันโรคผิวหนัง นั้น อาศัยอำนาจตามประกาศ คณะกรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการจ้างพนักงานกระทรวงสาธารณสุข การสรรหาและการเลือกสรรรวมทั้งแบบสัญญาจ้าง พ.ศ. ๒๕๕๖ ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๕๖ และประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนด ประเภทตำแหน่ง ลักษณะงานและคุณสมบัติเฉพาะของกลุ่ม และการจัดทำกรอบอัตรากำลัง พนักงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖ ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๕๖ ประกอบคำสั่งกรมการแพทย์ ที่ ๑๒๐๙/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๑๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓ เรื่อง มอบอำนาจดำเนินการเกี่ยวกับพนักงานกระทรวงสาธารณสุข จึงประกาศรับสมัครสรรหาและเลือกสรร ดังต่อไปนี้

๑. ชื่อกลุ่มงาน ตำแหน่ง และรายละเอียดการจ้างงาน

|                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| (๑) กลุ่มงาน       | บริหารทั่วไป       |
| ชื่อตำแหน่ง        | นักจัดการงานทั่วไป |
| อัตรารว่าง         | ๒ อัตรา            |
| ค่าจ้างที่จะได้รับ | เดือนละ ๑๕,๐๐๐ บาท |

ลักษณะงานที่จะปฏิบัติ ตามรายละเอียดแนบท้ายประกาศ (เอกสารหมายเลข ๑)

ระยะเวลาการจ้าง นับตั้งแต่วันทำสัญญาจ้าง ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘

๒. คุณสมบัติทั่วไป และคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งของผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการเลือกสรร  
คุณสมบัติทั่วไป

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีอายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปี
- (๓) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
- (๔) ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถหรือ จิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ หรือเป็นโรคตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือน
- (๕) ไม่เป็นผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง กรรมการพรรคการเมือง หรือเจ้าหน้าที่ในพรรคการเมือง
- (๖) ไม่เป็นผู้เคยต้องรับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เพราะกระทำความผิดทางอาญา เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- (๗) ไม่เป็นผู้เคยถูกลงโทษให้ออก ปลดออก หรือไล่ออกจากราชการ รัฐวิสาหกิจหรือ หน่วยงานอื่นของรัฐ
- (๘) ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการ พนักงาน หรือลูกจ้างของหน่วยงานอื่น ของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานหรือลูกจ้างของราชการส่วนท้องถิ่น

หมายเหตุ...

หมายเหตุ : ผู้ที่ผ่านการเลือกสรรในวันที่ทำสัญญาจ้าง จะต้องไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการ พนักงานหรือลูกจ้างของหน่วยงานอื่นของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานหรือลูกจ้างของราชการส่วนท้องถิ่น

### คุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง

ผู้สมัครสอบต้องมีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตามที่ระบุไว้ในรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ (เอกสารหมายเลข ๑)

### ๓. การรับสมัคร

#### ๓.๑ วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

๓.๑.๑ สถาบันโรคผิวหนัง จะรับสมัครทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) [recuite.iod@gmail.com](mailto:recuite.iod@gmail.com) โดยผู้ประสงค์จะสมัครสามารถดาวน์โหลดรายละเอียด ใบสมัครพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ได้ทางเว็บไซต์สถาบันโรคผิวหนัง [www.iod.go.th](http://www.iod.go.th) หัวข้อข่าวและกิจกรรม > ข่าวสมัครงาน โดยให้ผู้สมัครกรอกรายละเอียดลงใน ใบสมัครให้ถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์และลงลายมือชื่อด้วยตนเอง

๓.๑.๒ กำหนดวันรับสมัคร ตั้งแต่วันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๘ (ในเวลาราชการ ๐๖.๓๐ น.) โดยผู้สมัครพิมพ์ใบสมัครตามข้อ ๓.๑.๑ และส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการสมัครทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) [recuite.iod@gmail.com](mailto:recuite.iod@gmail.com)

๓.๑.๓ การสมัครไม่เสียค่าธรรมเนียมการสมัคร

๓.๑.๔ การให้เลขประจำตัวผู้สมัคร จะเรียงเลขประจำตัวผู้สมัคร ตามวันเวลาที่ส่งใบสมัครถึงงานทรัพยากรบุคคล สถาบันโรคผิวหนัง

#### ๓.๒ หลักฐานที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร

(๑) รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวกและไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๓ X ๔ เซนติเมตร หรือขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายครั้งเดียวกัน ไม่เกิน ๑ ปี (นับถึงวันปิดรับสมัคร) จำนวน ๓ รูป (ให้เขียนชื่อ - สกุล หลังรูปถ่าย โดยปิดในใบสมัครจำนวน ๑ รูป) และยื่นพร้อมเอกสารฉบับจริงในวันที่สอบประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับตำแหน่ง

(๒) สำเนากระเบียนแสดงผลการศึกษาและสำเนาปริญญาบัตรที่แสดงว่าเป็นผู้มีวุฒิการศึกษา ตรงกับตำแหน่งที่สมัคร จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ พร้อมฉบับจริง โดยจะต้องสำเร็จการศึกษาและได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจอนุมัติภายในวันปิดรับสมัคร ในกรณีที่ไม่สามารถนำหลักฐานการศึกษาดังกล่าวมายื่นพร้อมใบสมัครได้ให้นำหนังสือรับรองคุณวุฒิที่สถานศึกษาออกให้ พร้อมฉบับจริง โดยระบุสาขาวิชาที่สำเร็จการศึกษาและวันที่ได้รับอนุมัติประกาศนียบัตรซึ่งจะต้องอยู่ภายในวันปิดรับสมัครมายื่นแทนก็ได้

(๓) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

(๔) สำเนาหลักฐานอื่นๆ เช่น ใบสำคัญการสมรส ใบเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล (ในกรณีที่ชื่อ - นามสกุลในหลักฐานการสมัครไม่ตรงกัน) (ถ้ามี) จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

(๕) ใบสำคัญแสดงการผ่านการเกณฑ์ทหาร (เพศชาย) จำนวน ๑ ฉบับ

(๖) ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง) แสดงว่าไม่เป็นโรคที่ต้องห้าม ตามกฎ ก.พ. ว่าด้วยโรค พ.ศ. ๒๕๖๖ ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน โดยนำแบบฟอร์มเอกสารที่แนบมาพร้อมประกาศนี้ ไปยื่นกับโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น จำนวน ๑ ฉบับ

(๗) หนังสือรับรองการผ่านงาน (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ

ทั้งนี้ให้...

ทั้งนี้ ให้นำหลักฐานต้นฉบับ (ตัวจริง) และสำเนาหลักฐานทุกฉบับ โดยผู้สมัครเขียนคำรับรองว่า “สำเนาถูกต้อง” พร้อมทั้งลงชื่อกำกับไว้ด้วย มายื่นในวันที่สอบประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ที่จำเป็นสำหรับตำแหน่ง

### ๓.๓ เงื่อนไขในการรับสมัคร

ผู้สมัครเข้ารับการเลือกสรรจะต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบและรับรองตนเองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไป และคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตรงตามประกาศรับสมัครจริง และจะต้องกรอกรายละเอียดต่างๆ ในใบสมัคร พร้อมทั้งยื่นหลักฐานในการสมัครให้ถูกต้องครบถ้วน ในกรณีที่มีความผิดพลาดอันเกิดจากผู้สมัครไม่ว่าด้วยเหตุใดๆ หรือวุฒิการศึกษาไม่ตรงตามคุณสมบัติของตำแหน่งที่สมัคร อันมีผลทำให้ผู้สมัครไม่มีสิทธิสมัครตามประกาศรับสมัครดังกล่าว ให้ถือว่า การรับสมัครและการเข้ารับการเลือกสรรครั้งนี้เป็นอันยกเลิกหรือโมฆะสำหรับผู้นั้น

**๔. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ และกำหนดวัน เวลา สถานที่ในการประเมิน**

สถาบันโรคผิวหนัง จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ (โดยวิธีการสอบสัมภาษณ์) และกำหนดวัน เวลา สถานที่ในการประเมิน ในศุกร์ที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๘ ณ บอร์ดประชาสัมพันธ์ ชั้น ๑ อาคารสถาบันโรคผิวหนัง และทางเว็บไซต์สถาบันโรคผิวหนัง [www.iod.go.th](http://www.iod.go.th) หัวข้อข่าวและกิจกรรม > ข่าวสมัครงาน

### ๕. หลักเกณฑ์และวิธีการเลือกสรร

ตามรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ (เอกสารหมายเลข ๑)

การประเมินความเหมาะสมกับตำแหน่ง เป็นการประเมินบุคคลเพื่อพิจารณาความเหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่จากประวัติส่วนตัว ประวัติการศึกษา ประวัติการทำงาน จากการสังเกตพฤติกรรมที่ปรากฏของผู้เข้าสอบและจากการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ อาจใช้วิธีการอื่นใดเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาความเหมาะสมในด้านต่าง ๆ เช่น ความรู้ที่อาจเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานในหน้าที่ ความสามารถ ประสบการณ์ ท่วงที วาจา อุปนิสัย อารมณ์ ทัศนคติ จรรยาบรรณของข้าราชการพลเรือน คุณธรรม จริยธรรม การปรับตัวเข้ากับผู้ร่วมงาน รวมทั้งสังคมและสิ่งแวดล้อม ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ปฏิภาณไหวพริบ และบุคลิกภาพอย่างอื่น เป็นต้น และรวมถึงสมรรถนะหลัก สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับตำแหน่ง

### ๖. เกณฑ์การตัดสิน

ผู้ที่จะเป็นผู้ผ่านการเลือกสรรจะต้องเป็นผู้ที่ได้คะแนนในการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ในแต่ละด้านไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐

การจัดจ้างจะเป็นไปตามลำดับคะแนนการประเมินรวมกันลงมาตามลำดับ ในกรณีที่มิได้คะแนนรวมเท่ากันจะให้ผู้ผ่านการเลือกสรรที่ได้คะแนนด้านสมรรถนะของบุคคล (สัมภาษณ์) มากกว่าเป็นผู้ที่อยู่ในลำดับที่สูงกว่า หากคะแนนด้านสมรรถนะของบุคคล (สัมภาษณ์) ยังเท่ากันอีก จะพิจารณาจากลำดับในการสมัครสอบของผู้ที่ได้สมัครก่อน

### ๗. การประกาศรายชื่อและการขึ้นบัญชีรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรร

สถาบันโรคผิวหนัง จะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไปตามลำดับคะแนนสอบ ณ บอร์ดประชาสัมพันธ์ ชั้น ๑ อาคารสถาบันโรคผิวหนัง และทางเว็บไซต์สถาบันโรคผิวหนัง [www.iod.go.th](http://www.iod.go.th) หัวข้อข่าวและกิจกรรม > ข่าวสมัครงาน โดยบัญชีรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นผลไปเมื่อครบกำหนด ๒ ปี นับแต่วันขึ้นบัญชีหรือนับแต่วันประกาศรับสมัครในตำแหน่งที่มีลักษณะงานเดียวกันนี้ใหม่แล้วแต่กรณี

ทั้งนี้ ผู้...

ทั้งนี้ ผู้ผ่านการเลือกสรรจะต้องนำผลเอกซเรย์ปอด (C<sub>x</sub>R) มาให้ในวันรายงานตัวก่อนเข้าปฏิบัติงาน และเพื่อเป็นการดูแลสุขภาพเจ้าหน้าที่ทางสถาบันโรคผิวหนังจะทำการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ และเจาะเลือดเพื่อตรวจหาภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี

๘. การจัดทำสัญญาจ้างผู้ผ่านการเลือกสรร

ผู้ผ่านการเลือกสรรจะต้องทำสัญญาจ้างตามที่กรมการแพทย์กำหนด

ประกาศ ณ วันที่ ๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายปณวิศ สุธิคุตณเศรษฐ์)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาตจวิทยา  
รักษาราชการแทนผู้อำนวยการสถาบันโรคผิวหนัง

**-เอกสารหมายเลข ๑-**  
**รายละเอียดแนบท้ายประกาศ**

**๑. ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป**

**ลักษณะงานที่ปฏิบัติ**

ปฏิบัติงานตามแต่จะได้รับคำสั่งโดยไม่จำกัดขอบเขตหน้าที่ เช่น การศึกษา วิเคราะห์เกี่ยวกับข้อมูล สถิติ การรายงาน ช่วยวางแผนและติดตามงาน การติดต่อนัดหมาย จัดงานรับรองและพิธีต่างๆ เตรียมเรื่องและเตรียมการสำหรับการประชุม จัดบันทึก และเรียบเรียงรายงานการประชุมทางวิชาการ และรายงานอื่นๆ ทำเรื่องติดต่อกับหน่วยงานและบุคคลต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ติดตามผลการปฏิบัติงานตามมติที่ประชุมหรือผลการปฏิบัติงานตามคำสั่งหัวหน้าส่วนราชการ หรือมีลักษณะงานที่ต้องปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุม และบริหารงานหลายด้านด้วยกัน เช่น งานสารบรรณ งานบริหารทรัพยากรบุคคล งานจัดระบบงาน งานบริหารงบประมาณ งานการเงินและบัญชี งานพัสดุ งานบริหารอาคารสถานที่ งานเอกสาร งานระเบียบแบบแผน งานรวบรวมข้อมูลสถิติ งานสัญญา งานโครงการหรืองานกองทุนต่างๆ เป็นต้น และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง

**คุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง**

๑. ได้รับปริญญาตรีหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน ทุกสาขาวิชา
๒. มีทักษะในการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. มีทักษะในการนำภาษาอังกฤษมาใช้ในการงาน

**หลักเกณฑ์และวิธีการเลือกสรร**

ผู้สมัครต้องได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะและสมรรถนะ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ หรือวิธีอื่นใดเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาความเหมาะสม

**หมายเหตุ** ผู้ที่ถือว่าเป็นผู้ผ่านการเลือกสรรจะต้องเป็นผู้เข้ารับการประเมินและผ่านการประเมินในทุกด้านโดยได้คะแนนในแต่ละด้านไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐



ใบสมัครเลขที่.....

ติดรูปถ่าย

ขนาด

๑.๕ x ๒ นิ้ว

## ใบสมัครพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป

|                                                                                                                                                                                                      |                           |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------|
| ชื่อและนามสกุล<br>(นาย/นาง/นางสาว).....                                                                                                                                                              | สมัครตำแหน่ง<br>.....     |                    |
| ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....<br>.....                                                                                                                                                              | วัน/เดือน/ปีเกิด<br>..... | อายุ<br>.....      |
| หมายเลขโทรศัพท์.....<br>E-mail Address .....                                                                                                                                                         | สถานที่เกิด<br>.....      | เชื้อชาติ<br>..... |
| เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....<br>ออกให้ที่อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....                                                                                                                                   | สถานภาพสมรส<br>.....      | สัญชาติ<br>.....   |
| วันเดือนปีที่ออกบัตร.....<br>วันเดือนปีที่บัตรหมดอายุ.....                                                                                                                                           | การรับราชการทหาร<br>..... | ศาสนา<br>.....     |
| วุฒิการศึกษาตรงตามตำแหน่งที่สมัคร คือ ได้รับปริญญา/ประกาศนียบัตร.....<br>สาขาวิชา.....ทาง.....<br>โดยได้รับอนุมัติจากสถานศึกษาชื่อ.....<br>เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ได้คะแนนเฉลี่ยสะสม..... |                           |                    |
| ใบประกอบวิชาชีพ/ใบประกอบโรคศิลปะ.....<br>ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....<br>วันหมดอายุ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....                                                                          |                           |                    |
| อาชีพปัจจุบัน.....<br>เหตุผลที่ (อยาก) ออกจากงาน<br>.....                                                                                                                                            |                           |                    |

## ข้อมูลการศึกษาและฝึกอบรม

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

ข้อมูลการทำงานและประสบการณ์ทำงาน (โปรดให้รายละเอียดของงานที่ทำในช่วง ๕ ปีหลัง)

| ปี พ.ศ. |     | ชื่อและที่อยู่ของ<br>หน่วยงาน | ตำแหน่งงานและหน้าที่โดยย่อ | เงินเดือน | สาเหตุที่ออกจากงาน |
|---------|-----|-------------------------------|----------------------------|-----------|--------------------|
| จาก     | ถึง |                               |                            |           |                    |
|         |     |                               |                            |           |                    |

โปรดระบุความสำเร็จของงานที่ทำผ่านมาในช่วง ๕ ปีหลัง (ถ้ามี)

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

โปรดให้ความเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับ และอธิบายว่าประสบการณ์นั้น ๆ เป็นประโยชน์ต่องานที่สมัครในครั้งนี้อย่างไรบ้าง

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

ข้อมูลความรู้ความสามารถพิเศษ (ถ้ามี)

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

บุคคลอ้างอิง (ขอให้ระบุชื่อบุคคลที่คุ้นเคยกับการทำงานของท่าน เช่น ผู้บังคับบัญชาโดยตรงโปรดอย่าระบุชื่อบุคคลที่เป็นญาติหรือเพื่อน)

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

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในประกาศรับสมัครของกรมการแพทย์ เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป ลงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความตอนใดเป็นความจริงหรือไม่ตรงกับความจริง ให้ถือเป็นหลักฐานเพื่อเลิกจ้างข้าพเจ้าได้ทันที

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
(.....)

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

### ด้านหน้าบัตรประจำตัวผู้สมัคร

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| บัตรประจำตัวผู้สมัคร .....<br>เลขประจำตัวผู้สมัคร .....<br>ตำแหน่ง .....<br>นาย .....<br>ชื่อ   นาง .....<br>นางสาว .....<br>นามสกุล .....<br><br><div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 100px;">             ตีตรูปถ่าย<br/><br/>             ขนาด<br/><br/>             ๑.๕ x ๒ นิ้ว         </div><br><div style="text-align: center;">             .....<br/>             (.....)<br/>             .....<br/>             เจ้าหน้าที่ยื่นบัตร<br/>             .....<br/>             ลายมือชื่อผู้สมัคร         </div> | บัตรประจำตัวผู้สมัคร .....<br>เลขประจำตัวผู้สมัคร .....<br>ตำแหน่ง .....<br>นาย .....<br>ชื่อ   นาง .....<br>นางสาว .....<br>นามสกุล .....<br><br><div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 100px;">             ตีตรูปถ่าย<br/><br/>             ขนาด<br/><br/>             ๑.๕ x ๒ นิ้ว         </div><br><div style="text-align: center;">             .....<br/>             (.....)<br/>             .....<br/>             เจ้าหน้าที่ยื่นบัตร<br/>             .....<br/>             ลายมือชื่อผู้สมัคร         </div> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### ด้านหลังบัตรประจำตัวผู้สมัคร

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;">             1. ต้องแสดงบัตรประจำตัวผู้สมัครนี้ คู่กับ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัว<br/>             อื่นที่ทางราชการออกให้ ทุกครั้งที่เข้าสอบข้อเขียน สอบสัมภาษณ์ และมารับการจ้าง<br/>             หากไม่มีทั้งสองบัตรแสดงคู่กัน อาจไม่ได้รับอนุญาตให้เข้ารับการประเมินสมรรถนะ         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;">             2. ผู้กระทำการทุจริตในการประเมินสมรรถนะจะถูกลงโทษปรับให้ตกทุกวิชา และเป็นผู้<br/>             ขาดคุณสมบัติที่จะจัดจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป         </div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;">             1. ต้องแสดงบัตรประจำตัวผู้สมัครนี้ คู่กับ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัว<br/>             อื่นที่ทางราชการออกให้ ทุกครั้งที่เข้าสอบข้อเขียน สอบสัมภาษณ์ และมารับการจ้าง<br/>             หากไม่มีทั้งสองบัตรแสดงคู่กัน อาจไม่ได้รับอนุญาตให้เข้ารับการประเมินสมรรถนะ         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;">             2. ผู้กระทำการทุจริตในการประเมินสมรรถนะจะถูกลงโทษปรับให้ตกทุกวิชา และเป็นผู้<br/>             ขาดคุณสมบัติที่จะจัดจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป         </div> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## แบบคำร้องขอสมัครพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป

เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน .....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....  
เป็นผู้จบการศึกษาปริญญา / ประกาศนียบัตร.....  
วิชาเอก/สาขา.....โดยได้รับอนุมัติจากสถานศึกษาชื่อ  
.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....  
(ภายในวันปิดรับสมัคร) มีความประสงค์ที่จะสมัครเพื่อรับการเลือกสรรเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป  
กรม/สำนักงาน.....ตำแหน่ง.....ซึ่งรับสมัคร  
จากผู้ที่ได้รับวุฒิ (ปริญญา / ประกาศนียบัตร) .....  
วิชาเอก / สาขา ..... ระหว่างวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....  
ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... พร้อมนี้ ข้าพเจ้าได้ขอยื่น (หลักฐานการศึกษา)  
.....ไว้ก่อน

ทั้งนี้ หากมีการตรวจสอบเอกสาร หรือคุณสมบัติของข้าพเจ้าที่ยื่นสมัครแล้ว ปรากฏว่า ก.พ.  
ยังมิได้รับรองคุณสมบัติของข้าพเจ้าหรือคุณวุฒิดังกล่าวไม่ตรงตามคุณสมบัติของตำแหน่งที่ข้าพเจ้าสมัครอันมีผลทำให้  
ข้าพเจ้าไม่มีสิทธิสมัครตามประกาศรับสมัครที่กล่าวถึงข้างต้น ข้าพเจ้าจะไม่ใช้สิทธิเรียกร้องใด ๆ ทั้งสิ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณารับสมัคร ข้าพเจ้าด้วย จะขอบคุณยิ่ง

.....  
(.....)

ผู้สมัคร

หมายเหตุ : ผู้สำเร็จการศึกษาจะต้องได้รับการรับรองจากสถานศึกษาว่าเป็นผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตร  
ดังกล่าว ไม่เกินวันที่ปิดรับสมัคร มิเช่นนั้นจะถือเป็นผู้ขาดคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งที่สมัคร

## 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