



ประกาศโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการสอบคัดเลือกบุคคลธรรมดาดำเนินงานของส่วนราชการ
เพื่อจัดจ้างเป็นลูกจ้างจ่ายค่าจ้างตามผลปฏิบัติงาน ตำแหน่งผู้ช่วยแพทย์แผนไทย

ตามที่ได้มีประกาศโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ลงวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๖ เรื่องรับสมัครสอบคัดเลือก
บุคคลธรรมดาดำเนินงานของส่วนราชการ เพื่อจัดจ้างเป็นลูกจ้างจ่ายค่าจ้างตามผลปฏิบัติงาน ตำแหน่ง
ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย นั้น

บัดนี้ การสอบคัดเลือกได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสอบคัดเลือก
ตามบัญชีรายชื่อแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้มีรายชื่อตำแหน่งผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ลำดับที่ ๑-๙ มารายงานตัวเพื่อจัดจ้างเป็นลูกจ้าง
จ่ายค่าจ้างตามผลปฏิบัติงาน ตำแหน่งผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ที่ฝ่ายบริหารทั่วไป ชั้น ๒ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ในวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๘.๓๐ น. พร้อมใบรับรองแพทย์ ๑ ฉบับ
(ตามแบบฟอร์มแนบท้ายประกาศ) หากไม่มารายงานตัวภายในวัน เวลาที่กำหนด จะถือว่าสละสิทธิและไม่มีสิทธิ
รับการจ้างครั้งนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายประภาส อุครานันท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

เอกสารแนบท้ายประกาศ
บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการสอบคัดเลือกบุคคลธรรมดาดำเนินงานของส่วนราชการ
เพื่อจัดจ้างเป็นลูกจ้างจ่ายค่าจ้างตามผลปฏิบัติงาน

ตำแหน่งผู้ช่วยแพทย์แผนไทย

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	
๑	นางสาวจันทร์ธิดา	แผ่นคำ
๒	นางสาวธิตยา	คำแพง
๓	นางสาวชนากานต์	แก้วพรม
๔	นางธนภรณ์	โปสาวาท
๕	นางสาวสุสราคำ	สาสิงาม
๖	นางสาววินลดา	จำชาติ
๗	นางสาวอริสรา	ไฟฟ้บ
๘	นายเทพบัญชา	บุญจำ
๙	นายรณชัย	พูลไชย



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. เคยเข้ารับการรักษาในสถานะผู้ป่วยใน 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

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว

แล้วเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว กก. ความสูง ซม. ความดันโลหิต มม.ปรอท ชีพจร

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