



ประกาศกรมสุขภาพจิต  
เรื่อง บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป  
ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (ป โท)  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ตามที่ได้มีประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๒๘ มกราคม ๒๕๖๘ เรื่อง การรับสมัครบุคคล  
เพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งเภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข (ป โท)  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา นั้น

บัดนี้ การเลือกสรรในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (ป โท) ได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว  
จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรและการขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรร ตามรายชื่อดังต่อไปนี้

| ลำดับที่ | เลขประจำตัวสอบ | ชื่อ - สกุล          |
|----------|----------------|----------------------|
| ๑        | ๓๐๐๑           | นาง พัชรมัย จำปาวงค์ |

ทั้งนี้ ขอแจ้งให้ผู้ผ่านการเลือกสรรทราบ ดังนี้

๑. บัญชีผู้ผ่านการเลือกสรรจะขึ้นบัญชีไว้ ๑ ปี นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อเป็นต้นไป  
แต่ถ้ามีการเลือกสรรในตำแหน่งเดียวกันนี้อีก และได้ขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรรใหม่แล้ว บัญชีผู้ผ่าน  
การเลือกสรรครั้งนี้เป็นอันยกเลิก

๒. ผู้ได้รับการเลือกสรรผู้ใดได้ขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรรดังกล่าวข้างต้น ถ้ามีกรณีอย่างใด  
อย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้เป็นอันยกเลิกการขึ้นบัญชีผู้นั้นไว้ในบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรร คือ

- ๑) ผู้นั้นได้ขอสละสิทธิไม่เข้ารับการจัดจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร
- ๒) ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างภายในเวลาที่กำหนด
- ๓) ผู้นั้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตามกำหนดวัน เวลา ที่ส่วนราชการกำหนด

ให้ผู้ผ่านการเลือกสรร ตามบัญชีข้างต้นมารายงานตัวตรวจสุขภาพและเริ่มปฏิบัติงาน  
ในวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๘ ณ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ชั้น ๕ อาคารเจ้าฟ้ามหาจักรีสิรินธร สถาบันจิตเวชศาสตร์  
สมเด็จเจ้าพระยา

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นางสาวทัศนีย์ กุลชนะพงศ์พันธุ์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการแทน

ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา  
ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

เอกสารประกอบการรายงานตัวเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการ ในวันรายงานตัวให้จัดเตรียม  
เอกสาร ดังนี้ (ให้รับรองสำเนาในเอกสารทุกฉบับ)

- |                                                                                                                                               |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| ๑. รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด ๑.๕ x ๒ นิ้ว                                                                                                           | จำนวน ๑ รูป  |
| ไม่สวมหมวกและไม่สวมแว่นตาดำ                                                                                                                   |              |
| โดยถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน                                                                                                                        |              |
| ๒. สำเนาวุฒิการศึกษา (Transcript)                                                                                                             | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๓. สำเนาประกาศนียบัตร                                                                                                                         | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๔. สำเนาทะเบียนบ้าน                                                                                                                           | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน                                                                                                                   | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๖. สำเนาใบประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี)                                                                                                               | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๗. สำเนาหลักฐานอื่น ๆ                                                                                                                         | จำนวน ๒ ฉบับ |
| เช่น ใบสำคัญการสมรส ใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ในกรณีที่ชื่อ-นามสกุล ในหลักฐานการ<br>สมัครไม่ตรงกัน) และสำเนาใบ สด.๙ (เฉพาะผู้สมัครที่เป็นเพศชาย) |              |
| ๘. ใบรับรองแพทย์ ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ของ ก.พ.                                                                                          |              |

## 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