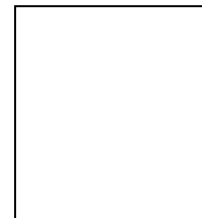


ใบสมัครสอบคัดเลือก/คัดเลือกบุคคลเพื่อจ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราวฯ

ในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



-
1. ชื่อ.....นามสกุล.....
 2. สัญชาติ.....ศาสนา.....
 3. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 4. อายุ.....ปีเดือนวัน (นับถึงวันปิดรับสมัคร)
 5. สถานที่ติดต่อได้สะดวก รวดเร็ว บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....
 6. มีวุฒิการศึกษา ระดับ.....
วุฒิการศึกษาสูงสุด ระดับ.....
 7. มีความรู้ความสามารถพิเศษ คือ.....
 8. ได้เคยทำงานในธุรกิจเอกชน หรือองค์กรรัฐวิสาหกิจ ที่.....
ลักษณะงาน.....เหตุที่ออกจากงาน เพราะ.....
 9. ข้าพเจ้าขอสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อเป็นลูกจ้างชั่วคราว ตำแหน่ง.....
 10. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยลูกจ้างประจำของส่วนราชการ พ.ศ. 2537 (ข้อ 6) มีคุณสมบัติและความรู้ที่ต้องการสำหรับตำแหน่งที่สมัครสอบตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

...../...../.....

(ลงชื่อ).....กรรมการรับสมัคร

...../...../.....

หลักฐานที่แนบมาพร้อมใบสมัคร

- | | | |
|--------------------------|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวกและไม่ใส่แว่นตาคำ ขนาด 1 นิ้ว ถ่ายมาแล้วไม่เกิน 1 ปี | จำนวน 3 รูป |
| <input type="checkbox"/> | 2. สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมตัวจริง | จำนวน 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> | 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมตัวจริง | จำนวน 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> | 4. ใบรับรองแพทย์รับรองว่าไม่เป็นโรคต้องห้ามตามกฎหมาย ก.พ. ซึ่งออกให้ไม่เกิน 1 เดือน | จำนวน 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> | 5. สำเนาใบประกาศนียบัตร ใบปริญญาบัตร ใบรายงานผลการศึกษา (Transcript) พร้อมตัวจริง | จำนวน 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> | 6. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล (ถ้ามี) พร้อมตัวจริง | จำนวน 1 ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> | 7. สำเนาใบกองเก็นทหาร (สด.43 หรือใบนำปลด) กรณีเป็นเพศชาย พร้อมตัวจริง | จำนวน 1 ฉบับ |

หมายเหตุ ผู้สมัครต้องนำหลักฐานตัวจริงมาแสดงต่อคณะกรรมการรับสมัครทุกครั้ง ถ้าไม่นำมาจะไม่รับพิจารณา

หนังสือแสดงความยินยอม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ผู้สมัครสอบคัดเลือก/คัดเลือกเพื่อเป็นลูกจ้างชั่วคราว ตำแหน่ง.....

ขอให้ถ้อยคำว่า หากข้าพเจ้าได้รับการเรียกตัวให้มาปฏิบัติงานในตำแหน่งดังกล่าวข้างต้น ในวันแรกที่มาปฏิบัติงาน

ข้าพเจ้ายินยอมไปตรวจปัสสาวะเพื่อตรวจหาสารเสพติด ณ โรงพยาบาลนครปฐม และจะนำผลการตรวจมาแสดงภายใน

วันเดียวกัน ทั้งนี้ หากปรากฏว่าผลการตรวจปัสสาวะผิดปกติ โรงพยาบาลนครปฐม จะถือว่าขาดคุณสมบัติทั่วไป และจะ

ไม่ได้รับการจ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราวใด ๆ ทั้งสิ้น

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

หนังสือรับรอง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่งหน้าที่ราชการ.....ตำแหน่ง.....

ระดับ.....สถานที่ปฏิบัติราชการ.....

เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สมัคร หมายเลขโทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้ที่มีความประพฤติดี ไม่เคยมีชื่อในทางเสื่อมเสีย และข้อความที่ผู้สมัครกล่าวข้างต้นเป็นความ

จริงทุกประการ หากผู้สมัครก่อให้เกิดความเสียหายแก่โรงพยาบาลนครปฐมไม่ว่าด้วยเหตุใด ๆ ข้าพเจ้ายินดีชดใช้

ค่าเสียหายตามที่โรงพยาบาลนครปฐมเรียกร้องทุกกรณี

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ 1. ผู้รับรองต้องเป็นข้าราชการประจำเทียบได้ไม่ต่ำกว่าระดับปฏิบัติการ หรือระดับชำนาญงาน และต้องเป็นผู้รู้จักกับผู้สมัคร

เป็นอย่างดีด้วย เพราะความประสงค์ของทางราชการต้องการได้คนดีเข้ารับราชการ จึงมุ่งที่จะให้ผู้รับรองเป็นข้าราชการประจำ เพื่อจะได้

ช่วยพิจารณาบุคคลที่ตนรับรองเป็นอันดับแรก มิใช่รับรองกันโดยมิได้คำนึงถึงประโยชน์ของทางราชการ

2. ผู้สมัครต้องแนบสำเนาภาพถ่ายบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรองโดยให้เจ้าของบัตรเซ็นชื่อรับรองสำเนา

ถูกต้องให้เรียบร้อย จำนวน 1 ฉบับ

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง (1)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออยู่ที่.....

.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ขอรับรองว่า

นาย/นาง/นางสาว.....ไม่เป็นโรคต่อไปนี้

- (1) วัณโรคในระยะแพร่กระจายเชื้อ
- (2) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (3) โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- (4) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (5) โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ (2).....

.....
.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุให้ออกจากราชการ
- ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

บัตรประจำตัวสอบลูกจ้าง.....
โรงพยาบาลนครปฐม
เลขที่ใบเสร็จ.....
เลขประจำตัวสอบ.....

บัตรประจำตัวสอบลูกจ้าง.....
โรงพยาบาลนครปฐม
เลขที่ใบเสร็จ.....
เลขประจำตัวสอบ.....

ชื่อ - สกุล.....
ตำแหน่งที่สมัครสอบ.....

ชื่อ - สกุล.....
ตำแหน่งที่สมัครสอบ.....

(ลงชื่อ).....กรรมการรับสมัคร
...../...../.....

(ลงชื่อ).....กรรมการรับสมัคร
...../...../.....

ผู้ไม่นำบัตรนี้มาในวันสอบจะไม่อนุญาตให้เข้าห้องสอบ
F/M-ADM-062

ผู้ไม่นำบัตรนี้มาในวันสอบจะไม่อนุญาตให้เข้าห้องสอบ

หมายเหตุ :

1. ใบสมัคร หน้า 1-2 ปรี้นท์ไว้แผ่นเดียวกัน
2. บัตรประจำตัวสอบ ติดรูปถ่าย 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
3. ข้าราชการรับรองต้องเป็นข้าราชการประจำเทียบได้ไม่ต่ำกว่าระดับปฏิบัติการ หรือระดับชำนาญงาน และลงลายมือชื่อในใบสมัคร (หน้าที่ 2 ส่วนที่เป็นหนังสือรับรอง) พร้อมแนบสำเนาบัตรข้าราชการ (ถ่ายเอกสารทั้งด้านหน้าและด้านหลัง) (บัตรที่แนบมาต้องไม่หมดอายุ ในกรณีที่บัตรข้าราชการหมดอายุ ให้ขอเป็นหนังสือรับรองการเป็นข้าราชการแทนได้) จำนวน 1 ฉบับ

***** กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายก อบต./อบจ. พนักงานธนาคาร ไฟฟ้า ประปา พนักงานรัฐวิสาหกิจ**

ข้าราชการที่เกษียณแล้ว * ไม่สามารถรับรองให้ได้**

4. ใบรับรองแพทย์ที่รับรองว่าไม่เป็นโรคต้องห้ามตามกฎหมาย ก.พ. ว่าด้วยโรค พ.ศ. 2553

ซึ่งออกให้ไม่เกิน 1 เดือน (ใช้แบบฟอร์มตามที่แนบมาให้ในใบสมัคร)