



ประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

เรื่อง ผลการสอบแข่งขันบุคคลทั่วไปเพื่อบรรจุและแต่งตั้งเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย

ประเภทวิชาการ สังกัดโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี (ฝ่ายมัธยมศึกษา)

ครั้งที่ ๖/๒๕๖๖

ตามประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการสอบแข่งขันเพื่อ
บรรจุและแต่งตั้งเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ประเภทวิชาการ สังกัดโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
(ฝ่ายมัธยมศึกษา) ครั้งที่ ๖/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๖ บัดนี้ คณะกรรมการฯ ได้ดำเนินการสอบแข่งขัน
เสร็จเรียบร้อยแล้ว มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จึงขอประกาศผลการสอบแข่งขันบุคคลทั่วไปเพื่อบรรจุและ
แต่งตั้งเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ประเภทวิชาการ สังกัดโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี (ฝ่าย
มัธยมศึกษา) ครั้งที่ ๖/๒๕๖๖ มีรายชื่อดังต่อไปนี้

๑. รายชื่อผู้สอบผ่านการสอบแข่งขัน

สาขาวิชาสังคมศึกษา

ผู้สอบผ่าน

นายปิยชาติ สิงห์ **

๒. กำหนดวัน เวลา สถานที่ และเอกสารในการรายงานตัว

ให้ผู้สอบผ่านการสอบแข่งขันมารายงานตัวในวันพฤหัสบดี ที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ เวลา
๐๘.๓๐ น. ณ งานบริหารงานบุคคล กองกลาง สำนักงานอธิการบดี ชั้น M อาคารวิทยากริมย์ (ตึก ๑๔) มหาวิทยาลัย
ราชภัฏเพชรบุรี และเริ่มปฏิบัติงานในวันพุธ ที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗ โดยในวันรายงานตัวนำผู้ค้ำประกัน ได้แก่

๑) บิดาหรือมารดา หรือพี่น้องร่วมบิดามารดา หรือร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน โดยไม่ต้อง
แสดงหลักทรัพย์ค้ำประกัน หรือ

๒) ข้าราชการ ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป (ไม่รวมถึงข้าราชการการเมือง และผู้รับบำนาญ) หรือ

๓) พนักงานมหาวิทยาลัย ที่สังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี และได้ต่อสัญญาจ้างระยะที่ ๔
ที่มีกำหนดอายุของสัญญาจ้างจนเกษียณอายุราชการ หรือ

๔) พนักงานรัฐวิสาหกิจ ตั้งแต่ระดับ ๔ ขึ้นไป

พร้อมเตรียมเอกสารประกอบการรายงานตัว ดังต่อไปนี้

๒.๑ เอกสารสำหรับผู้สอบผ่านการสอบแข่งขัน

๑) สำเนาใบปริญญาบัตรหรือใบรับรองวุฒิการศึกษา

จำนวน ๒ ฉบับ

๒) สำเนาใบแสดงผลการศึกษา

จำนวน ๒ ฉบับ

๓) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

จำนวน ๓ ฉบับ

๔) สำเนาทะเบียนบ้าน

จำนวน ๒ ฉบับ

๕) รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว

จำนวน ๔ รูป

๖) อากรแสดมปี ราคา ๕ บาท

จำนวน ๔ ดวง

ราคา ๑ บาท

จำนวน ๒ ดวง

/๗) ใบรับรอง

- | | |
|--|--------------|
| ๓) ใบรับรองแพทย์ที่ออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน จากโรงพยาบาลของรัฐ และแสดงว่าไม่เป็นโรคที่ต้องห้ามตามกฎหมาย ก.พ.อ. (ฉบับจริง) (แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์แนบท้ายประกาศนี้โดยให้นำแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ไปยื่นต่อแพทย์ผู้ตรวจ) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔) สำเนาใบรับรองแพทย์ที่ออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน จากโรงพยาบาลของรัฐ และแสดงว่าไม่เป็นโรคที่ต้องห้ามตามกฎหมาย ก.พ.อ. | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕) สำเนาน้ำยาพิษชีวเคมี (ธนาคารออมสิน สาขาในจังหวัดเพชรบุรี) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๖) สำเนาทะเบียนสมรสหรือใบสำคัญการหย่าหรือมรณบัตร คู่สมรส (กรณีมีคู่สมรส) | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๗) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคู่สมรส | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๘) สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรส | จำนวน ๒ ฉบับ |

๒.๒ เอกสารสำหรับผู้ค้าประกัน

- | | |
|---|--------------|
| ๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๒) สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๓) สำเนาทะเบียนสมรสหรือใบสำคัญการหย่าหรือมรณบัตร คู่สมรส (กรณีจดทะเบียนสมรส) | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๔) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคู่สมรสผู้ค้าประกัน | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๕) สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรสผู้ค้าประกัน | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๖) สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ (กรณีผู้ค้าประกันเป็นข้าราชการ) | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๗) สำเนาบัตรประจำตัวพนักงานมหาวิทยาลัย สังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี (กรณีผู้ค้าประกันเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย สังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี) | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๘) สำเนาบัตรประจำตัวพนักงานรัฐวิสาหกิจ (กรณีผู้ค้าประกันเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจ) | จำนวน ๒ ฉบับ |

ทั้งนี้ให้นำเอกสาร หลักฐาน ตัวจริงมาแสดงในวันรายงานตัวด้วย

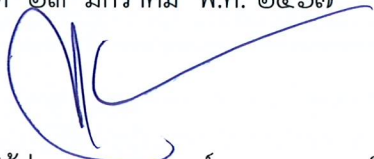
๓. เงื่อนไขการบรรจุ

๓.๑ พนักงานมหาวิทยาลัย ประเภทวิชาการ ต้องทดลองปฏิบัติราชการเป็นระยะเวลา ๑ ปี โดยต้องได้รับประเมินผลการปฏิบัติงานทุก ๖ เดือน

๓.๒ ** หมายถึง ผู้ที่ผลการทดสอบภาษาอังกฤษไม่ผ่านเกณฑ์ตามที่มหาวิทยาลัยกำหนด จะต้องพัฒนาตนเองทางด้านภาษาอังกฤษภายในช่วงทดลองปฏิบัติงาน ๖ เดือน แต่ไม่เกิน ๑ ปี

หากผู้สอบผ่านการสอบแข่งขันไม่มามีรายงานตัวตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวจะถือว่าสละสิทธิ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนาะ กลิ่นงาม)
อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....
สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำหรืออยู่ที่.....
ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....
สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....
บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทของบัตรด้วย).....
แล้วเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... ขอรับรองว่า

นาย/นาง/นางสาว..... ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ
จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการและแสดงของโรคตามมาตรา 7(ข)(2)แห่งพระราชบัญญัติ
ระเบียบข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา พ.ศ. 2547 ได้กำหนดลักษณะต้องห้ามของผู้ที่จะเข้ารับราชการ
ในสถาบันอุดมศึกษาว่าต้องไม่เป็นโรคตามที่กำหนดในกฎ ก.พ.อ. พ.ศ. 2549 ได้พิจารณาแล้วมีมติโรคต้องห้าม
ดังนี้

- (1) วัณโรคในระยะอันตราย
- (2) โรคติดเชื้อเสพติดให้โทษ
- (3) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (4) โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน
ในหน้าที่
- (5) โรคทางจิตที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์.....

.....
.....
.....

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใดหรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ
 - (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย