



ประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
เรื่อง ผลการคัดเลือกพนักงานชั่วคราว ครั้งที่ ๑๓/๒๕๖๘

ตามประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกพนักงานชั่วคราว ครั้งที่ ๑๓/๒๕๖๘ ลงวันที่ ๑๗ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ บัดนี้ คณะกรรมการได้ดำเนินการคัดเลือกเสร็จเรียบร้อยแล้ว อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ (๒) แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยราชภัฏ พ.ศ. ๒๕๔๗ จึงขอประกาศผลการคัดเลือกพนักงานชั่วคราว ครั้งที่ ๑๓/๒๕๖๘ ดังต่อไปนี้

๑. รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก

๑.๑ ตำแหน่งเจ้าหน้าที่ประจำโครงการ สังกัดกลุ่มงานสื่อสารองค์กร สำนักงานอธิการบดี

ผู้ผ่านการคัดเลือก นายสุทธิพงศ์ นุชนิยม

ขึ้นบัญชีสำรอง นางสาวนฤพร วงศ์สมุทรไพศาล

๑.๒ ตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์ สังกัดศูนย์เทคโนโลยีดิจิทัล สำนักงานอธิการบดี

ผู้ผ่านการคัดเลือก นายสุนทร ชูเส้นผม

๒. กำหนดวัน เวลา สถานที่ และเอกสารในการรายงานตัว

ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกมารายงานตัวและเริ่มปฏิบัติงานในวันจันทร์ ที่ ๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ งานบริหารงานบุคคล กองกลาง สำนักงานอธิการบดี ชั้น M อาคารวิทยากริมย์ (ตึก ๑๔) มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี โดยในวันรายงานตัวนำผู้ค้ำประกัน ได้แก่

๑) บิดาหรือมารดา หรือพี่น้องร่วมบิดามารดา หรือร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน โดยไม่ต้องแสดงหลักฐานผู้ค้ำประกัน หรือ

๒) ข้าราชการ ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป (ไม่รวมถึงข้าราชการการเมือง และผู้รับบำนาญ) หรือ

๓) พนักงานมหาวิทยาลัย ที่สังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี และได้ต่อสัญญาจ้างระยะที่ ๔ ที่มีกำหนดอายุของสัญญาจ้างจนเกษียณอายุราชการ หรือ

๔) พนักงานรัฐวิสาหกิจ ตั้งแต่ระดับ ๔ ขึ้นไป พร้อมเตรียมเอกสารประกอบการรายงานตัว ดังต่อไปนี้

๒.๑ เอกสารสำหรับผู้ผ่านการคัดเลือก

๑) สำเนาปริญญาบัตร และหรือ หนังสือรับรองวุฒิ (กรณียังไม่ได้รับปริญญาบัตร) จำนวน ๒ ฉบับ

๒) สำเนาทะเบียนแสดงผลการเรียน (Transcript) ฉบับภาษาไทย จำนวน ๒ ฉบับ

๓) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ที่ยังไม่หมดอายุ) จำนวน ๔ ฉบับ

๔) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๓ ฉบับ

๕) รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว (ชุดสูทสากล) จำนวน ๔ รูป

๖) อากรแสดมภ์ ราคา ๕ บาท จำนวน ๔ ดวง

ราคา ๑ บาท จำนวน ๒ ดวง

/๗) ใบรับรองแพทย์

- ๗) ใบรับรองแพทย์ที่ออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน จากโรงพยาบาล
ของรัฐ และแสดงว่าไม่เป็นโรคที่ต้องห้ามตามกฎหมาย ก.พ.อ.
(ฉบับจริง) (แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์แนบท้ายประกาศนี้
โดยให้นำแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ไปยื่นต่อแพทย์ผู้ตรวจ)
- ๘) สำเนาใบรับรองแพทย์ที่ออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน จาก
โรงพยาบาลของรัฐ และแสดงว่าไม่เป็นโรคที่ต้องห้ามตามกฎหมาย
ก.พ.อ.
- ๙) สำเนานำบัญชีธนาคาร (ธนาคารออมสิน สาขาในจังหวัดเพชรบุรี)
- ๑๐) สำเนาหลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) ได้แก่ หนังสือสำคัญการเปลี่ยนชื่อ
ชื่อสกุล
- ๑๑) คู่สมรส
- ๑) สำเนาใบสำคัญการสมรสของผู้มีสิทธิกับคู่สมรส
- ๒) สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรส
- ๓) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคู่สมรส
- ๔) สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุลของคู่สมรส
(ถ้ามี)
- ๕) สำเนาใบสำคัญการหย่าหรือใบมรณบัตร (กรณีเสียชีวิต)
- ๑๒) บุตร
- ๑) สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
- ๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบุตร
- ๓) สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุลของบุตร (ถ้ามี)
- ๑๓) บิดาและมารดา
- ๑) สำเนาทะเบียนบ้านของบิดาและมารดา
- ๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบิดาและมารดา
- ๓) สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุลบิดาและ
มารดา (ถ้ามี)
- ๔) สำเนาใบสำคัญการสมรส/สำเนาใบสำคัญการหย่าหรือ
ใบมรณบัตร (กรณีเสียชีวิต)
- ๒.๒ เอกสารสำหรับผู้ค้าประกัน
- ๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ๒) สำเนาทะเบียนบ้าน
- ๓) สำเนาทะเบียนสมรสหรือใบสำคัญการหย่าหรือมรณบัตร
คู่สมรส (กรณีจดทะเบียนสมรส)
- ๔) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคู่สมรสผู้ค้าประกัน
- ๕) สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรสผู้ค้าประกัน
- ๖) สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ
(กรณีผู้ค้าประกันเป็นข้าราชการ)

/๗) สำเนาบัตร

- ๓) สำเนาบัตรประจำตัวพนักงานมหาวิทยาลัย จำนวน ๒ ฉบับ
สังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี (กรณีผู้ค้าประกันเป็น
พนักงานมหาวิทยาลัย สังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี)
- ๔) สำเนาบัตรประจำตัวพนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน ๒ ฉบับ
(กรณีผู้ค้าประกันเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจ)

ทั้งนี้ ให้นำเอกสาร หลักฐาน ตัวจริงมาแสดงในวันรายงานตัวด้วย หากผู้ผ่านการคัดเลือกไม่มา
รายงานตัวตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวจะถือว่าสละสิทธิ์

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนัย ทั้งทอง)
ผู้ช่วยอธิการบดี ปฏิบัติราชการแทน
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) โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- (3) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (4) โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน
ในหน้าที่
- (5) โรคทางจิตที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์.....

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

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

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