



ประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี  
เรื่อง ผลการคัดเลือกพนักงานชั่วคราว ครั้งที่ ๔/๒๕๖๙

ตามประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกพนักงานชั่วคราว ครั้งที่ ๔/๒๕๖๙ ลงวันที่ ๓ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๙ คณะกรรมการได้ดำเนินการคัดเลือกเสร็จเรียบร้อยแล้ว อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ (๒) แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยราชภัฏ พ.ศ. ๒๕๔๗ จึงขอประกาศผลการคัดเลือกพนักงานชั่วคราว ครั้งที่ ๔/๒๕๖๙ ดังต่อไปนี้

**๑. รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก**

สังกัดโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี (ระดับอนุบาล)

ตำแหน่งอาจารย์ สาขาวิชาภาษาอังกฤษ

**ผู้ผ่านการคัดเลือก** นางหทัยทิพย์ สิทธิโชคธรรม

**๒. กำหนดวัน เวลา สถานที่ และเอกสารในการรายงานตัว**

ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกมารายงานตัวและเริ่มปฏิบัติงานในวันจันทร์ ที่ ๒๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๙ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ งานบริหารงานบุคคล กองกลาง สำนักงานอธิการบดี ชั้น M อาคารวิทยากริมย์ (ตึก ๑๔) มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี โดยนำผู้คำประกัน ได้แก่

๑) บิดาหรือมารดา หรือพี่น้องร่วมบิดามารดา หรือร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน โดยไม่ต้องแสดงหลักฐานผู้คำประกัน 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. จำนวน ๑ ฉบับ
- ๙) สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร (ธนาคารกรุงไทย) จำนวน ๑ ฉบับ
- ๑๐) สำเนาหลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) ได้แก่ หนังสือสำคัญการเปลี่ยนชื่อ  
ชื่อสกุล จำนวน ๒ ฉบับ
- ๑๑) คู่สมรส
- ๑) สำเนาใบสำคัญการสมรสของผู้มีสิทธิกับคู่สมรส จำนวน ๓ ฉบับ
- ๒) สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรส จำนวน ๓ ฉบับ
- ๓) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคู่สมรส จำนวน ๓ ฉบับ
- ๔) สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุลของคู่สมรส  
(ถ้ามี) จำนวน ๓ ฉบับ
- ๕) สำเนาใบสำคัญการหย่าหรือใบมรณบัตร (กรณีเสียชีวิต) จำนวน ๓ ฉบับ
- ๑๒) บุตร
- ๑) สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร จำนวน ๒ ฉบับ
- ๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบุตร จำนวน ๒ ฉบับ
- ๓) สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุลของบุตร (ถ้ามี) จำนวน ๒ ฉบับ
- ๑๓) บิดาและมารดา
- ๑) สำเนาทะเบียนบ้านของบิดาและมารดา จำนวน ๒ ฉบับ
- ๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบิดาและมารดา จำนวน ๒ ฉบับ
- ๓) สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุลบิดาและ  
มารดา (ถ้ามี) จำนวน ๒ ฉบับ
- ๔) สำเนาใบสำคัญการสมรส/สำเนาใบสำคัญการหย่าหรือ  
ใบมรณบัตร (กรณีเสียชีวิต) 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) 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 ๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๙



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนัย ทังทอง)  
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) โรคติดเชื้อเสพติดให้โทษ
- (3) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (4) โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน  
ในหน้าที่
- (5) โรคทางจิตที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

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