



ประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
เรื่อง ผลการคัดเลือกพนักงานชั่วคราว ครั้งที่ ๑๔/๒๕๖๙

ตามประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกพนักงานชั่วคราว ครั้งที่ ๑๔/๒๕๖๙ ลงวันที่ ๑๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙ คณะกรรมการได้ดำเนินการคัดเลือกเสร็จเรียบร้อยแล้ว อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ (๒) แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยราชภัฏ พ.ศ. ๒๕๔๗ จึงขอประกาศผลการคัดเลือกพนักงานชั่วคราว ครั้งที่ ๑๔/๒๕๖๙ ดังต่อไปนี้

๑. รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก

สังกัดศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาเด็กปฐมวัย คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ

๑.๑ ตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาล

ผู้ผ่านการคัดเลือก

นางสาวปรียาพร ใหญ่ประเสริฐ

นางสาวศิริวรรณ อินทร์ชุม

๑.๒ ตำแหน่งพนักงานทำความสะอาด

ผู้ผ่านการคัดเลือก

นางสาวยุพิน คอนหงาย

๒. กำหนดวัน เวลา สถานที่ และเอกสารในการรายงานตัว

ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกมารายงานตัวในวันพุธ ที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙ เวลา ๐๙.๓๐ น. ณ งานบริหารงานบุคคล กองกลาง สำนักงานอธิการบดี ชั้น M อาคารวิทยากริมย์ (ตึก ๑๔) มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี และเริ่มปฏิบัติงานวันพฤหัสบดี ที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙ 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) อากศแสดมปี

๖) อากรแสตมป์ ราคา ๕ บาท	จำนวน ๔ ดวง
ราคา ๑ บาท	จำนวน ๒ ดวง
๗) ใบรับรองแพทย์ที่ออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน จากโรงพยาบาลของรัฐ และแสดงว่าไม่เป็นโรคที่ต้องห้ามตามกฎหมาย ก.พ.อ. (ฉบับจริง) (แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์แนบท้ายประกาศนี้ โดยให้นำแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ไปยื่นต่อแพทย์ผู้ตรวจ)	จำนวน ๑ ฉบับ
๘) สำเนาใบรับรองแพทย์ที่ออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน จากโรงพยาบาลของรัฐ และแสดงว่าไม่เป็นโรคที่ต้องห้ามตามกฎหมาย ก.พ.อ.	จำนวน ๑ ฉบับ
๙) สำเนานำบัญชีธนาคาร (ธนาคารกรุงไทย)	จำนวน ๓ ฉบับ
๑๐) สำเนาหลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) ได้แก่ หนังสือสำคัญการเปลี่ยนชื่อสกุล	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-สกุลบิดาและมารดา (ถ้ามี)	จำนวน ๒ ฉบับ
๔) สำเนาใบสำคัญการสมรส/สำเนาใบสำคัญการหย่าหรือใบมรณบัตร (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) สำเนาบัตร

- | | |
|--|--------------|
| ๖) สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ
(กรณีผู้ค้าประกันเป็นข้าราชการ) | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๗) สำเนาบัตรประจำตัวพนักงานมหาวิทยาลัย
สังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี (กรณีผู้ค้าประกันเป็น
พนักงานมหาวิทยาลัย สังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี) | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๘) สำเนาบัตรประจำตัวพนักงานรัฐวิสาหกิจ
(กรณีผู้ค้าประกันเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจ) | จำนวน ๒ ฉบับ |

ทั้งนี้ ให้นำเอกสาร หลักฐาน ตัวจริงมาแสดงในวันรายงานตัวด้วย หากผู้ผ่านการคัดเลือกไม่มา
รายงานตัวตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวจะถือว่าสละสิทธิ์

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กันยายน 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) โรคติดเชื้อเสียดให้โทษ
- (3) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (4) โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน
ในหน้าที่
- (5) โรคทางจิตที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

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

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

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