

ประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
เรื่อง ผลการคัดเลือกพนักงานชั่วคราว ครั้งที่ ๑๙/๒๕๖๙

ตามประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกพนักงานชั่วคราว ครั้งที่ ๑๙/๒๕๖๙ ลงวันที่ ๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๙ คณะกรรมการได้ดำเนินการคัดเลือกเสร็จเรียบร้อยแล้ว อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ (๒) แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยราชภัฏ พ.ศ. ๒๕๔๗ จึงขอประกาศผลการคัดเลือกพนักงานชั่วคราว ครั้งที่ ๑๙/๒๕๖๙ ดังต่อไปนี้

๑. รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก

สังกัดศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาเด็กปฐมวัย คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ

๑.๑ ตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาล

ผู้ผ่านการคัดเลือก ลำดับที่ ๑ นางสาวภาวินี บุญทา
ลำดับที่ ๒ นางสาวอุบลวรรณา เอี่ยมสุข

๒. กำหนดวัน เวลา สถานที่ และเอกสารในการรายงานตัว

ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกมารายงานตัว**ในวันศุกร์ ที่ ๑๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๙ เวลา ๐๙.๓๐ น.** ณ งานบริหารงานบุคคล กองกลาง สำนักงานอธิการบดี ชั้น M อาคารวิทยาภิรมย์ (ตึก ๑๔) มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี **และเริ่มปฏิบัติงานวันจันทร์ ที่ ๑๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๙** โดยในวันรายงานตัวนำผู้ค้ำประกัน ได้แก่

๑) บิดาหรือมารดา หรือพี่น้องร่วมบิดามารดา หรือร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน โดยไม่ต้องแสดงหลักทรัพย์ค้ำประกัน 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) อากรแสตมป์

๖) อากรแสตมป์ ราคา ๕ บาท จำนวน ๔ ดวง
ราคา ๑ บาท จำนวน ๒ ดวง

๗) ใบรับรองแพทย์ที่ออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน จากโรงพยาบาลของรัฐ และแสดงว่าไม่เป็นโรคที่ต้องห้ามตามกฎ ก.พ.อ. (ฉบับจริง) (แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์แนบท้ายประกาศนี้ โดยให้นำแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ไปยื่นต่อแพทย์ผู้ตรวจ) จำนวน ๑ ฉบับ

๘) สำเนาใบรับรองแพทย์ที่ออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน จากโรงพยาบาลของรัฐ และแสดงว่าไม่เป็นโรคที่ต้องห้ามตามกฎ ก.พ.อ. จำนวน ๑ ฉบับ

๙) สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร (ธนาคารกรุงไทย) จำนวน ๓ 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-สกุลบิดาและมารดา (ถ้ามี) จำนวน ๒ ฉบับ

๔) สำเนาใบสำคัญการสมรส/สำเนาใบสำคัญการหย่าหรือใบมรณบัตร (กรณีเสียชีวิต) จำนวน ๒ ฉบับ

๒.๒ เอกสารสำหรับผู้ค้ำประกัน

๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๒ ฉบับ

๒) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๒ ฉบับ

๓) สำเนาทะเบียนสมรสหรือใบสำคัญการหย่าหรือมรณบัตรคู่สมรส (กรณีจดทะเบียนสมรส) จำนวน ๒ ฉบับ

๔) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคู่สมรสผู้ค้ำประกัน จำนวน ๒ ฉบับ

๕) สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรสผู้ค้ำประกัน จำนวน ๒ ฉบับ

/๖) สำเนาบัตร

๖) สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ จำนวน ๒ ฉบับ
(กรณีผู้ค้ำประกันเป็นข้าราชการ)
๗) สำเนาบัตรประจำตัวพนักงานมหาวิทยาลัย จำนวน ๒ ฉบับ
สังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี (กรณีผู้ค้ำประกันเป็น
พนักงานมหาวิทยาลัย สังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี)
๘) สำเนาบัตรประจำตัวพนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน ๒ ฉบับ
(กรณีผู้ค้ำประกันเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจ)

ทั้งนี้ ให้นำเอกสาร หลักฐาน ตัวจริงมาแสดงในวันรายงานตัวด้วย หากผู้ผ่านการคัดเลือกไม่มารายงานตัวตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวจะถือว่าสละสิทธิ์

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๙

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนัย ทั่งทอง)
ผู้ช่วยอธิการบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

402D008FB71F417F838BFF709EB35CE2

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.....ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการและแสดงของโรคตามมาตรา 7(ข)(2)แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา พ.ศ. 2547 ได้กำหนดลักษณะต้องห้ามของผู้ที่จะเข้ารับราชการในสถาบันอุดมศึกษาว่าต้องไม่เป็นโรคตามที่กำหนดในกฎ ก.พ.อ. พ.ศ. 2549 ได้พิจารณาแล้วมีมติโรคต้องห้ามดังนี้

(1) วัณโรคในระยะอันตราย
(2) โรคติดยาเสพติดให้โทษ
(3) โรคพิษสุราเรื้อรัง
(4) โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่
(5) โรคทางจิตที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

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