



ประกาศกรมสุขภาพจิต  
เรื่อง บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป  
ในตำแหน่งเภสัชกร  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ตามที่ได้มีประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๗ เรื่อง ขยายเวลาการรับสมัครบุคคล  
เพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไป ในตำแหน่งเภสัชกร สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา นั้น

บัดนี้ การเลือกสรรตำแหน่งเภสัชกร ได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อ  
ผู้ผ่านการเลือกสรรและการขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรร ตามรายชื่อดังต่อไปนี้

ตำแหน่งเภสัชกร

| ลำดับที่ | เลขประจำตัวสอบ | ชื่อ - สกุล                |
|----------|----------------|----------------------------|
| ๑        | ๑๐๐๑           | นางสาว พลอยพิมล แซ่เห้งยิม |

ทั้งนี้ ขอแจ้งให้ผู้ผ่านการเลือกสรรทราบ ดังนี้

๑. บัญชีผู้ผ่านการเลือกสรรจะขึ้นบัญชีไว้ ๒ ปี นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อเป็นต้นไป  
แต่ถ้ามีการเลือกสรรในตำแหน่งเดียวกันนี้อีก และได้ขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรรใหม่แล้ว บัญชีผู้ผ่าน  
การเลือกสรรครั้งนี้เป็นอันยกเลิก

๒. ผู้ได้รับการเลือกสรรผู้ใดได้ขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรรดังกล่าวข้างต้น ถ้ามีกรณีอย่างใด  
อย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ให้เป็นอันยกเลิกการขึ้นบัญชีผู้นั้นไว้ในบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรร คือ

- ๑) ผู้นั้นได้ขอสละสิทธิไม่เข้ารับการจัดจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการเลือกสรร
- ๒) ผู้นั้นไม่มีมารายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างภายในเวลาที่กำหนด
- ๓) ผู้นั้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตามกำหนดวัน เวลา ที่ส่วนราชการกำหนด

ให้ผู้ผ่านการเลือกสรร ตามบัญชีข้างต้นมารายงานตัวตรวจสุขภาพและเริ่มปฏิบัติงาน  
ในวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ชั้น ๕ อาคารเจ้าฟ้ามหาจักรีสิรินธร  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ประกาศ ณ วันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายวิญญู ชะนะกุล)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาราชการแทน  
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา  
ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

เอกสารประกอบการรายงานตัวเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการ ในวันรายงานตัวให้จัดเตรียมเอกสาร ดังนี้ (ให้รับรองสำเนาในเอกสารทุกฉบับ)

- |  |              |
|--|--------------|
| ๑. รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด ๑.๕ x ๒ นิ้ว<br>ไม่สวมหมวกและไม่สวมแว่นตาดำ<br>โดยถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน   | จำนวน ๑ รูป  |
| ๒. สำเนาวุฒิการศึกษา (Transcript)  | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๓. สำเนาประกาศนียบัตร  | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๔. สำเนาทะเบียนบ้าน  | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน  | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๖. สำเนาใบประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี)  | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๗. สำเนาหลักฐานอื่น ๆ<br>เช่น ใบสำคัญการสมรส ใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ในกรณีที่ชื่อ-นามสกุล ในหลักฐานการ<br>สมัครไม่ตรงกัน) และสำเนาใบ สด.๙ (เฉพาะผู้สมัครที่เป็นเพศชาย) | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๘. ใบรับรองแพทย์ ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ของ ก.พ.   |              |

## ใบรับรองแพทย์

เลขที่ .....

### ส่วนที่ ๑ สำหรับผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ ..... โทรศัพท์..... อีเมล.....

เลขประจำตัวประชาชน ..... ข้าพเจ้าขอหนังสือรับรอง

สุขภาพเพื่อเข้ารับราชการในตำแหน่ง..... กรม .....

กระทรวง..... โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

๑. โรคประจำตัว  ไม่มี  มี (ระบุ) .....

๒. อุบัติเหตุและการผ่าตัด  ไม่มี  มี (ระบุ) .....

๓. เคยเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยใน  ไม่มี  มี (ระบุ) .....

๔. ประวัติเกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญ .....

ข้าพเจ้ายินยอมให้.....(๑) ตรวจสอบ เก็บรวบรวม ใช้ หรือ  
เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ เพื่อประโยชน์ในการบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการ  
พลเรือนสามัญ

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

### ส่วนที่ ๒ สำหรับแพทย์ผู้ตรวจ

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

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง ..... (๒)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ .....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม .....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว .....

แล้วเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว ..... กก. ความสูง ..... ซม. ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท ชีพจร ..... ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์  ปกติ  ผิดปกติ (ระบุ) .....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ดังนี้

(๑) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

ปรากฏ  ไม่ปรากฏ

(๒) โรคติดยาเสพติดให้โทษ

ปรากฏ  ไม่ปรากฏ

(๓) โรคพิษสุราเรื้อรัง

ปรากฏ  ไม่ปรากฏ

(๔) โรคติดต่อร้ายแรงที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

ปรากฏ  ไม่ปรากฏ

(๕) โรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

โรคทางกาย  ปรากฏ  ไม่ปรากฏ

โรคทางจิต  ปรากฏ  ไม่ปรากฏ

การตรวจพบ.....

เห็นควรส่งตรวจเพิ่มเติม.....

สรุปความเห็นของแพทย์ .....(๓)

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย (๔)

(.....)

หมายเหตุ

(๑) ชื่อส่วนราชการ

(๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๓) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(๔) ประทับตราโรงพยาบาลด้วย

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย