



ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
เรื่อง การขึ้นบัญชีและการยกเลิกบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกในตำแหน่งนิติกรปฏิบัติการ
ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ตามที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ดำเนินการคัดเลือกจากบัญชีผู้สอบแข่งขันได้ในตำแหน่ง
นิติกรปฏิบัติการ ของกรมควบคุมโรค ซึ่งประกาศขึ้นบัญชีผู้สอบแข่งขันได้ ณ วันที่ ๔ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖
มาขึ้นบัญชีเป็นผู้ได้รับการคัดเลือกในตำแหน่งนิติกรปฏิบัติการ ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ นั้น

บัดนี้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ดำเนินการประเมินความเหมาะสมกับตำแหน่งของผู้ที่สมัคร
เข้ารับการประเมินในตำแหน่งนิติกรปฏิบัติการ เรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินความเหมาะสม
กับตำแหน่ง และขึ้นบัญชีเป็นผู้ได้รับการคัดเลือกในตำแหน่งนิติกรปฏิบัติการ ดังต่อไปนี้

ลำดับที่	เลขประจำตัวเข้ารับ การประเมินความเหมาะสม กับตำแหน่ง	เลขประจำตัวสอบแข่งขัน ในตำแหน่งนิติกรปฏิบัติการ (บัญชีเดิม)	ชื่อ - ชื่อสกุล
๑	๐๐๔	๖๖๐๒๐๐๗๐	นางสาวศิริรัตน์ พิบูลย์ศิลป์
๒	๐๐๑	๖๖๐๒๐๐๔๖	นางสาวนันทนวล อาจแก้ว
๓	๐๐๕	๖๖๐๒๐๐๕๘	นางสาวฉัตรดี คำก้อน
๔	๐๐๖	๖๖๐๒๐๐๔๓	นางสาวจิตจุฑา กาญจนพานิชย์กุล
๕	๐๐๒	๖๖๐๒๐๐๕๙	นางสาวนิศวรรชญา เจริญรัฐศักดิ์
๖	๐๐๗	๖๖๐๒๐๐๓๐	นางสาวกิตติยาภรณ์ วรรณรักษ์
๗	๐๐๓	๖๖๐๒๐๐๕๖	นางสาวพิมลมาศ โคกดอกไม้
๘	๐๐๙	๖๖๐๒๐๐๒๘	นางสาววิภารัตน์ พัฒน์มะณี
๙	๐๐๘	๖๖๐๒๐๐๗๕	นางสาววรัทธธนา พลอยโพธิ์

ทั้งนี้ ขอแจ้งให้ผู้ที่ได้รับการขึ้นบัญชีเป็นผู้ได้รับการคัดเลือกในตำแหน่งนิติกรปฏิบัติการ
ได้ทราบว่า

๑. บัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกในตำแหน่งนิติกรปฏิบัติการนี้ ใช้ได้จนถึงวันที่บัญชีสอบแข่งขันได้
ในตำแหน่งนิติกรปฏิบัติการ ของกรมควบคุมโรค ยังไม่หมดอายุหรือยังไม่ถูกยกเลิก

๒. ผู้ที่ได้รับ...

๒. ผู้ที่ได้รับการขึ้นบัญชีเป็นผู้ได้รับการคัดเลือกในตำแหน่งนิติกรปฏิบัติการ ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพนี้ จะมีสิทธิได้รับการบรรจุก็ต่อเมื่อผู้นั้นยังไม่ถูกยกเลิกจากบัญชีผู้สอบแข่งขันได้ในตำแหน่งนิติกรปฏิบัติการ ของกรมควบคุมโรค

๓. ผู้ที่ได้รับการขึ้นบัญชีเป็นผู้ได้รับการคัดเลือกในตำแหน่งนิติกรปฏิบัติการนี้ ถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้เป็นอันยกเลิกการขึ้นบัญชีผู้นั้นไว้ในบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกในตำแหน่งดังกล่าว คือ

๓.๑ ผู้นั้นได้ขอสละสิทธิรับการบรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งดังกล่าว

๓.๒ ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อบรรจุเข้ารับราชการภายในเวลาที่กำหนด

๓.๓ ผู้นั้นมีเหตุที่ไม่อาจเข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการได้ตามกำหนดเวลาที่ระบุบรรจุและแต่งตั้ง

ในตำแหน่งดังกล่าว

๓.๔ ผู้นั้นประสงค์จะรับการบรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งนิติกรปฏิบัติการ โดยการโอน แต่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพไม่รับโอน โดยมีการแจ้งให้ทราบล่วงหน้า ผู้นั้นจึงไม่ประสงค์จะรับการบรรจุ

๓.๕ ผู้นั้นได้รับการเรียกตัวและได้แจ้งความจำเป็นหลายลักษณะอักษรว่า จะรับการบรรจุ หรือได้รับการบรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งนิติกรปฏิบัติการ ของกรมควบคุมโรค หรือในตำแหน่งอื่นๆ ของการสอบ ครั้งเดียวกันกับตำแหน่งนิติกรปฏิบัติการ ของกรมควบคุมโรค

๔. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ขอให้ผู้ได้รับการคัดเลือกในตำแหน่งดังกล่าว ลำดับที่ ๑ - ๒ ไปรายงานตัว ณ ห้องประชุมกลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล ชั้น ๖ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในวันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๗ ตั้งแต่เวลา ๐๙.๐๐ น. เพื่อบรรจุเข้ารับราชการ ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗ เป็นต้นไป โดยให้นำหลักฐานเอกสารตามที่กำหนด (รายละเอียดแนบท้ายประกาศ ๑) ไปยื่นต่อเจ้าหน้าที่ในวันรายงานตัว และขอให้ดาวน์โหลดแอปพลิเคชัน ThaiD และแอปพลิเคชัน GPF พร้อมลงทะเบียนและกรอกข้อมูลให้เรียบร้อย (รายละเอียดแนบท้ายประกาศ ๒) หากไม่ไปรายงานตัวตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว จะถือว่าท่านสละสิทธิโดยไม่ประสงค์จะรับการบรรจุเข้ารับราชการ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายอาคม ประดิษฐสุวรรณ)
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

รายการเอกสารหลักฐานที่ต้องนำไปยื่นในวันรายงานตัว

ผู้มารายงานตัว

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาวุฒิการศึกษา (ฉบับภาษาไทย) พร้อมฉบับจริง จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ
(ตั้งแต่ระดับวุฒิการศึกษาที่ใช้ในการสมัครสอบจนถึงระดับวุฒิการศึกษาสูงสุด)
๔. สำเนาระเบียนแสดงผลการเรียน (Transcript of Records) (ฉบับภาษาไทย) พร้อมฉบับจริง จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ
(ตั้งแต่ระดับวุฒิการศึกษาที่ใช้ในการสมัครสอบจนถึงระดับวุฒิการศึกษาสูงสุด)
๕. สำเนาหนังสือรับรองผลการสอบผ่านการสอบภาคความรู้ความสามารถทั่วไป (ภาค ก.) จำนวน ๑ ฉบับ
ของสำนักงาน ก.พ. ตามระดับที่ใช้ในการสมัครสอบ
๖. สำเนา ก.พ. ๗ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยการเจ้าหน้าที่ จำนวน ๑ ฉบับ
(กรณีเป็นข้าราชการหรือเคยเป็นข้าราชการ)
๗. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัว – ชื่อสกุล (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ
๘. ใบรับรองแพทย์ที่ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน จำนวน ๑ ฉบับ
ตามที่คณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. กำหนด (แนบท้ายประกาศ) ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน
(นับถึงวันรายงานตัว) ที่แสดงว่าไม่เป็นโรคที่ต้องห้ามตามกฎหมาย ก.พ. ว่าด้วยโรค พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้แก่
 - โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
 - โรคติดยาเสพติดให้โทษ
 - โรคพิษสุราเรื้อรัง
 - โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรง และเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่
๙. สำเนาเอกสารหลักฐานทางทหาร (สด.๘ หรือ สด.๔๓) เฉพาะเพศชาย (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ
๑๐. หนังสือรับรองการทำงาน (ฉบับจริง) จำนวน ๑ ฉบับ
ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ ปี นับถึงวันรายงานตัว โดยหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนที่เป็นนิติบุคคล
โดยระบุระยะเวลาการปฏิบัติงาน ตั้งแต่วันเริ่มจ้างจนถึงวันสุดท้ายที่ปฏิบัติงาน และแสดงรายละเอียดลักษณะงานที่ปฏิบัติ เป็นสำคัญ โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า ๒ ปี

บิดา

๑. สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาใบสำคัญการสมรส จำนวน ๑ ฉบับ
๔. สำเนาใบสำคัญการหย่า (กรณีหย่าร้าง) จำนวน ๑ ฉบับ
๕. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัว – ชื่อสกุล (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ
๖. สำเนาใบมรณะบัตร (กรณีบิดาเสียชีวิต) จำนวน ๑ ฉบับ

มารดา

- | | |
|--|--------------|
| ๑. สำเนาบัตรประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาใบสำคัญการสมรส | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สำเนาใบสำคัญการหย่า (กรณีหย่าร้าง) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัว – ชื่อสกุล (ถ้ามี) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๖. สำเนาใบมรณะบัตร (กรณีมารดาเสียชีวิต) | จำนวน ๑ ฉบับ |

คู่สมรส

- | | |
|--|--------------|
| ๑. สำเนาบัตรประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาใบสำคัญการสมรส | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สำเนาใบสำคัญการหย่า (กรณีหย่าร้าง) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัว – ชื่อสกุล (ถ้ามี) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๖. สำเนาใบมรณะบัตร (กรณีคู่สมรสเสียชีวิต) | จำนวน ๑ ฉบับ |

บุตร

- | | |
|--|--------------|
| ๑. สำเนาสูติบัตร | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาบัตรประชาชน (ถ้ามี) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัว – ชื่อสกุล (ถ้ามี) | จำนวน ๑ ฉบับ |

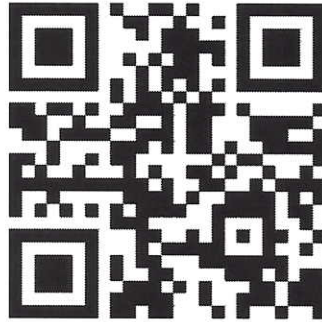
กรณีเป็นลูกจ้างชั่วคราว, พนักงานราชการ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

- | | |
|--|--------------|
| ๑. สำเนาสัญญาจ้างการทำงานทุกฉบับที่ได้รับการจ้าง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาคำสั่งเลื่อนค่าตอบแทนของแต่ละรอบปีที่จ้าง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาคำสั่งลาออก (ต้องลาออกวันเดียวกับวันที่ได้รับการบรรจุเท่านั้น) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สำเนารูตุมิการศึกษาที่ใช้ในการจ้าง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. สำเนาทะเบียนประวัติพนักงานราชการ หรือพนักงานกระทรวงสาธารณสุข | จำนวน ๑ ฉบับ |

หมายเหตุ : สำเนาเอกสารทุกฉบับกรุณาเขียนคำรับรองว่า “สำเนาถูกต้อง” และลงลายมือชื่อกำกับด้วย หากตรวจพบว่าเอกสารข้างต้นนี้ ปลอมขึ้นทั้งฉบับ หรือแต่ส่วนหนึ่งส่วนใด เต็มหรือตัดทอนข้อความ หรือแก้ไขด้วยประการใดๆ ในเอกสารที่แท้จริง หรือประทับตราปลอม หรือลงลายมือชื่อปลอมในเอกสารที่นำมายื่นต่อกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จะถือว่าท่านกระทำผิดอาญาฐานปลอมเอกสาร

เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณานำเอกสารหลักฐานดังกล่าวข้างต้นมายื่นต่อเจ้าหน้าที่ในวันรายงานตัวให้ครบถ้วน

รายละเอียดขั้นตอนการลงทะเบียนใช้งานแอปพลิเคชัน ThaiD และแอปพลิเคชัน GPF



รายละเอียดขั้นตอนการลงทะเบียนใช้งานและกรอกข้อมูลในแอปพลิเคชัน ThaiD



รายละเอียดขั้นตอนการลงทะเบียนใช้งานและกรอกข้อมูลในแอปพลิเคชัน GPF

ใบรับรองแพทย์

เลขที่.....

ส่วนที่ ๑ สำหรับผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

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

เลขประจำตัวประชาชน.....ข้าพเจ้าขอหนังสือรับรอง

สุขภาพเพื่อเข้ารับราชการในตำแหน่ง.....กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

๑. โรคประจำตัว ไม่มี มี (ระบุ)

๒. อุบัติเหตุและการผ่าตัด ไม่มี มี (ระบุ)

๓. เคยเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วย ไม่มี มี (ระบุ)

๔. ประวัติเกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญ.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้..กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ..(๑) ตรวจสอบ เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูล ส่วนบุคคลที่ได้ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ เพื่อประโยชน์ในการบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ

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