



ประกาศกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
เรื่อง การขึ้นบัญชีและการยกเลิกบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกเพื่อบรรจุบุคคลเข้ารับราชการ
ในตำแหน่งเภสัชกรปฏิบัติการ

ตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้มีประกาศ เรื่อง รับสมัครคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้ง
บุคคลเข้ารับราชการในตำแหน่งเภสัชกรปฏิบัติการ ลงวันที่ ๑๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙ นั้น

บัดนี้ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ดำเนินการคัดเลือกเสร็จสิ้นแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อ
ผู้ได้รับการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการ ตำแหน่งเภสัชกรปฏิบัติการ (ปริญญาตรี)
ดังต่อไปนี้

ลำดับที่	เลขประจำตัวผู้สมัคร	ชื่อ - นามสกุล
๑	๑๐๐๐๒	นางสาวกมลวรรณ แท้สูงเนิน
๒	๑๐๐๑๗	นางสาวภาวรินทร์ ฟ้าใสสินันท์
๓	๑๐๐๑๔	นายชรัตน์ หวังสุดดี
๔	๑๐๐๑๓	นางสาวปิยะภรณ์ บรมเจต
๕	๑๐๐๒๙	นายธัญญลักษณ์ กฤตศักดิ์วัฒนา
๖	๑๐๐๑๙	นางสาวหทัยชนก อรุณแสง
๗	๑๐๐๒๔	นางสาวพรรณชลิศา แก้วสืบ
๘	๑๐๐๐๙	นางสาวพรนัชชา ชุ่มชูจันทร์
๙	๑๐๐๒๐	นายเอกลักษณ์ หัตถนิรันดร์
๑๐	๑๐๐๐๗	นางสาววิพร เพ็งพิน
๑๑	๑๐๐๐๖	นายกรวิชญ์ ไชยวงษ์
๑๒	๑๐๐๒๑	นางสาวภัทรวดี สมุทรจักร
๑๓	๑๐๐๐๔	นางสาวเปี่ยมทิพย์ พุฒิกานนท์

ทั้งนี้ ขอแจ้งให้ผู้ได้รับการคัดเลือกทราบ ดังนี้

๑. บัญชีผู้ได้รับการคัดเลือก ใช้ได้จนถึงสิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐ (วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๗๐)
แต่ถ้ามีการคัดเลือกในตำแหน่งเดียวกันนี้อีก และได้ขึ้นบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกใหม่แล้ว บัญชีผู้ได้รับการคัดเลือก
ครั้งนี้เป็นอันยกเลิก

๒. ผู้ได้รับการคัดเลือกผู้ใดได้ขึ้นบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกดังกล่าวข้างต้น ถ้ามีกรณีอย่างใด
อย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้เป็นอันยกเลิกการขึ้นบัญชีผู้นั้นไว้ในบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือก คือ

๒.๑ ผู้นั้นได้ขอขอละสิทธิรับการบรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก

๒.๒ ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อรับการบรรจุเข้ารับราชการภายในเวลาที่กำหนด

๒.๓ ผู้นั้นมีเหตุที่ไม่อาจเข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการได้ตามกำหนดเวลา ที่จะบรรจุและแต่งตั้ง
ในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก

๒.๔ ผู้นั้นได้บรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือกไปแล้ว

๓. หากปรากฏภายหลังว่า ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกรายใดมีคุณสมบัติทั่วไป หรือคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งไม่ตรงตามประกาศรับสมัคร หรือคุณสมบัติที่ยื่นสมัครเข้ารับการคัดเลือก ก.พ. มิได้รับรองว่าเป็นคุณสมบัติตรงตามประกาศรับสมัครคัดเลือก ถึงแม้ว่าผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกรายนั้นจะเป็นผู้ได้รับการคัดเลือกก็จะมีสิทธิได้รับการบรรจุและแต่งตั้งให้เข้ารับราชการในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก

๔. ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งดังกล่าว ต้องอยู่ปฏิบัติงานในส่วนราชการนี้เป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑ ปี โดยห้ามโอนไปส่วนราชการอื่นเว้นแต่ลาออกจากราชการ

๕. ให้ผู้ที่ได้รับการขึ้นบัญชีเป็นผู้ได้รับการคัดเลือก มารายงานตัวเพื่อบรรจุเข้ารับราชการ ในวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๙ เวลา ๐๙.๐๐ น. ณ ห้องประชุม ๔๑๒ ชั้น ๔ อาคาร ๑๐๐ ปี การสาธารณสุขไทย (อาคาร ๑๔) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หากผู้ได้รับการคัดเลือกไม่มารายงานตัวตามวันและเวลาที่กำหนด จะถือว่าสละสิทธิ์

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๙


(นายสรวิทย์ บุญสุข)
อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

รายละเอียดการเรียกรายงานตัวผู้ได้รับการคัดเลือกเพื่อบรรจุบุคคลเข้ารับราชการ
แบบท้ายประกาศกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ลงวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๙

ลำดับการเรียกรายงานตัวเพื่อบรรจุบุคคลเข้ารับราชการ

ให้ผู้ได้รับการขึ้นบัญชีเป็นผู้ได้รับการคัดเลือกในตำแหน่งเภสัชกรปฏิบัติการ (ปริญญาตรี)

ลำดับที่ ๑ - ๕ มารายงานตัวเพื่อบรรจุเข้ารับราชการ ในวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๙

เวลา ๐๙.๐๐ น. ณ ห้องประชุม ๔๑๒ ชั้น ๔ อาคาร ๑๐๐ ปี การสาธารณสุขไทย (อาคาร ๑๔)
(บรรจุเข้ารับราชการในวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๙)

รายการเอกสารและหลักฐานที่ต้องนำมายื่นในวันรายงานตัว

๑. รูปถ่ายข้าราชการ (ชุดขาวปกติไม่ติดแปะแถบ) ขนาด ๑ x ๑.๕ นิ้ว ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๑ รูป
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๔. สำเนาเอกสารผ่านการเกณฑ์ทหาร (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ
๕. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ
๖. สำเนาสูติบัตรบุตร (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ
๗. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา คู่สมรส) จำนวน ๑ ฉบับ
๘. สำเนาทะเบียนบ้านของบุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา คู่สมรส) จำนวน ๑ ฉบับ
๙. สำเนาทะเบียนสมรสของบิดา มารดา (หากบิดามารดาไม่ได้จดทะเบียน บิดาจะต้องมีหนังสือรับรองบุตร), สำเนาทะเบียนหย่า (กรณีบิดามารดาหย่าร้าง), สำเนาใบมรณบัตร (กรณีบิดาหรือมารดาเสียชีวิต) จำนวน ๑ ฉบับ
๑๐. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน และแสดงว่าไม่เป็นโรคต้องห้ามตามกฎหมาย ก.พ. ว่าด้วยโรค พ.ศ. ๒๕๖๖ ซึ่งได้แก่ โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคติดยาเสพติดให้โทษ โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรง และเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

(ใช้ใบรับรองแพทย์ตามที่แนบมากับแบบท้ายประกาศนี้เท่านั้น และต้องได้รับการรับรองสุขภาพจากแพทย์แผนปัจจุบันที่ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรมในโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนทุกแห่ง)

๑๑. หนังสือรับรองการทำงาน (ฉบับจริง) ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ ปี นับถึงวันที่มารายงานตัว โดยหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนที่เป็นนิติบุคคล โดยระบุระยะเวลาการปฏิบัติงาน ตั้งแต่วันที่เริ่มจ้างจนถึงวันสุดท้ายที่ปฏิบัติงาน และแสดงรายละเอียดลักษณะงานที่ปฏิบัติ เป็นสำคัญ โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า ๒ ปี จำนวน ๑ ฉบับ
๑๒. หลักฐานอื่น เช่น สำเนาการเปลี่ยนคำนำหน้านาม ชื่อตัว ชื่อสกุล (บิดา มารดา คู่สมรส บุตร) จำนวน ๑ ฉบับ

กรณีเป็น พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

- สำเนาสัญญาจ้างการทำงานทุกฉบับที่ได้รับการจ้าง จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาคำสั่งเลื่อนเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทนของแต่ละรอบปีที่จ้าง จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาคำสั่งลาออก (ต้องลาออกวันเดียวกับวันที่ได้รับการบรรจุเท่านั้น) จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนประวัติพนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว จำนวน ๑ ฉบับ

หมายเหตุ : ๑. สำเนาเอกสารทุกฉบับต้องรับรอง "สำเนาถูกต้อง" และลงลายมือชื่อกำกับทุกฉบับ

๒. หากไม่นำหนังสือรับรองประสบการณ์การทำงานมาในวันที่ยื่นรายงานตัว จะถือว่าไม่ประสงค์รับเงินค่าประสบการณ์ตามประกาศกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ลงวันที่ ๒๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๔

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

ลงชื่อ

.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ ๒ สำหรับแพทย์ผู้ตรวจ

สถานที่ตรวจ วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง

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