



ประกาศจังหวัดลพบุรี

เรื่อง การขึ้นบัญชีและการยกเลิกบัญชีรายชื่อผู้ผ่านการสรรหาและเลือกสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไป
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

ตามที่จังหวัดลพบุรีได้มีประกาศ ลงวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๘ เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อสรรหา
และเลือกสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไป ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี จำนวน ๑ อัตรา โดยเปิดรับสมัคร
ระหว่างวันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๘ นั้น

บัดนี้ ได้ดำเนินการสรรหาและเลือกสรรพนักงานราชการทั่วไปเสร็จเรียบร้อยแล้ว ปรากฏว่า
มีผู้ผ่านการสรรหาและเลือกสรรฯ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในข้อ ๖ ของประกาศรับสมัครฯ ดังกล่าว จึงขอประกาศ
การขึ้นบัญชีและการยกเลิกบัญชีรายชื่อผู้ผ่านการสรรหาและเลือกสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไป ตำแหน่ง
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี ดังนี้

ลำดับที่	เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ - สกุล
๑	๒	นางสาววันวิสาข์ กลิ่นจันทร์

ทั้งนี้ ขอแจ้งให้ผู้ผ่านการสรรหาและเลือกสรรฯ ได้ทราบว่า

๑. บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการสรรหาและเลือกสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไปดังกล่าว ให้ใช้ได้
ไม่เกิน ๒ ปี นับตั้งแต่วันขึ้นบัญชี แต่ถ้ามีการสรรหาและเลือกสรรในตำแหน่งเดียวกันนี้อีก และได้ขึ้นบัญชี
ผู้ผ่านการสรรหาและเลือกสรรใหม่แล้ว บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการสรรหาและเลือกสรรครั้งนี้เป็นอันยกเลิก

๒. บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการสรรหาและเลือกสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไปข้างต้น ถ้ามีกรณีอย่างหนึ่ง
อย่างใดดังต่อไปนี้ ถือว่าผู้ผ่านการสรรหาและเลือกสรรฯ ไม่ประสงค์จะเข้ารับการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป
ตามที่สอบได้ ดังนี้

๒.๑ ผู้นั้นได้ขอละสิทธิไม่เข้ารับการจัดจ้างตามตำแหน่งที่ผ่านการสรรหาและเลือกสรรฯ

๒.๒ ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อเข้ารับการจัดจ้างภายในเวลาที่กำหนด

๒.๓ ผู้นั้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ตามกำหนดเวลาที่ส่วนราชการกำหนด

๓. ให้ผู้ผ่านการสรรหาและเลือกสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไป ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงิน
และบัญชี ในลำดับที่ ๑ มารายงานตัวและเริ่มปฏิบัติงานเพื่อเข้ารับการจัดจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป
ในวันพุธที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ สำนักงานธนารักษ์พื้นที่ลพบุรี เลขที่ ๑๒ ซอยเทพสตรี ๓
ตำบลทะเลชุบศร อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี

๔. ผู้ผ่านการสรรหาและเลือกสรรฯ จะต้องนำใบรับรองแพทย์ตามที่คณะกรรมการแพทย์
ของ ก.พ. กำหนด ซึ่งได้รับการรับรองจากโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลเอกชน และเอกสารอื่น ๆ
ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) เช่น สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล เป็นต้น มายื่นในวันที่ยังรายงานตัว

/๕. หากปรากฏ...

๕. หากปรากฏภายหลังว่า ผู้ผ่านการสรรหาและเลือกสรรฯ มีคุณสมบัติไม่ตรงตามประกาศรับสมัครฯ หรือคุณสมบัติที่ยื่นสมัครสอบ ก.พ. มิได้รับรองว่าเป็นคุณสมบัติตรงตามประกาศรับสมัครฯ จะไม่มีสิทธิได้รับการจัดจ้างในตำแหน่งที่ผ่านการสรรหาและเลือกสรรฯ หรือหากได้รับการจัดจ้างแล้ว ต่อมาจังหวัดลพบุรี ตรวจสอบว่าคุณสมบัติไม่ตรงตามประกาศรับสมัครฯ ให้ถือว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ขาดคุณสมบัติตั้งแต่ต้นและจังหวัดลพบุรี ขอสงวนสิทธิ์ในการออกคำสั่งยกเลิกการจัดจ้างได้ในภายหลัง

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายวรท พยัคฆ์ขาม)

ธนารักษ์พื้นที่ลพบุรี ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดลพบุรี

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

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