ที่ ยธ ๐๗๐๗.๖/๒๗๘

กองบริหารทรัพยากรบุคคล
กรมราชทัณฑ์ ๒๒๒
ถนนนนทบุรี ๑ อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๕ สิงหาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ให้ไปรายงานตัวเพื่อบรรจุเข้ารับราชการ

เรียน นายธนกฤษ ธนูรัตน์

ตามที่ท่านสอบคัดเลือกได้ในตำแหน่งนายแพทย์ปฏิบัติการ ลำดับที่ ๑ ตามประกาศกรมราชทัณฑ์ ลงวันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๗ เรื่อง การขึ้นบัญชีและการยกเลิกบัญชีผู้ได้รับคัดเลือกเพื่อบรรจุบุคคลเข้ารับราชการในสังกัดกรมราชทัณฑ์ นั้น

กรมราชทัณฑ์ ประสงค์จะบรรจุท่านเข้ารับราชการ จึงขอให้รายงานตัวเพื่อเตรียมความพร้อม โดยรายงานตัวผ่านระบบจอภาพไลน์กลุ่ม (LINE Group) **ในวันอังคารที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๙.๐๐ น.** และขอให้ท่าน**ดำเนินการสแกน QR Code ท้ายหนังสือฉบับนี้โดยทันที** ตั้งแต่วันที่ได้รับหนังสือ ทั้งนี้ ขอให้ท่านดำเนินการ**ลงทะเบียนประวัติข้าราชการอิเล็กทรอนิกส์ทางเว็บไซต์** https://seis.ocsc.go.th ระหว่างวันที่ ๒๑ – ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๗ หากพ้นกำหนดนี้แล้วจะถือว่าท่านสละสิทธิ์ในการบรรจุเข้ารับราชการ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวพิมพ์พร เนตรพุกกณะ)
ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล

กลุ่มงานบรรจุแต่งตั้ง
โทร. ๐ ๒๙๖๗ ๓๔๓๗
โทรสาร ๐ ๒๙๖๗ ๓๔๓๔ – ๕

หลักฐานประกอบการรายงานตัว (สำหรับข้าราชการบรรจุใหม่)
ตำแหน่งนายแพทย์ปฏิบัติการ

๑. กลุ่มงานบรรจุแต่งตั้ง (๐๒ ๙๖๗ ๓๔๓๗)

๑) ใบรับรองแพทย์ ออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน ตามประกาศคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสุขภาพของผู้ที่จะได้รับการบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ พ.ศ. ๒๕๖๖

๒) หลักฐานประกอบการให้ได้รับเงินเดือนแรกบรรจุเข้ารับราชการ (ถ้ามี)

- หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงานที่เกี่ยวข้องตำแหน่งที่บรรจุเป็นเวลา ๑ ปี ขึ้นไป โดยมีเอกสารแสดงการทำงานและมีหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาขณะนั้น
- วุฒิการศึกษาในระดับเดียวกันกับที่ใช้ในการสมัคร มากกว่า ๑ วุฒิ ในสาขาที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานในตำแหน่งที่บรรจุ
- ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ออกโดยแพทยสภา
- มีคะแนนสอบ TOEFL หรือคะแนนอื่นที่เทียบได้ ตั้งแต่ ๕๐๐ คะแนน ขึ้นไป

หรือภาษาท้องถิ่นที่ใช้ในการปฏิบัติงานในท้องที่โดยเฉพาะ (ให้พิจารณาในรูปของคณะกรรมการฯ โดยส่วนราชการเป็นผู้กำหนด)

**** ให้เขียนตำแหน่ง และลำดับที่สอบได้ ไว้มุมขวาด้านบนของเอกสาร****

**** ทั้งนี้ หากไม่แสดงเอกสารตามข้อ ๒) ภายในวันรายงานตัว กรมราชทัณฑ์อาจไม่พิจารณาดำเนินการปรับอัตราเงินเดือนแรกบรรจุให้กับข้าราชการ ****

๒. กลุ่มงานเงินเดือนและบำเหน็จความชอบ (ไม่ต้องรับรองสำเนาเอกสาร)

(๐๒ ๙๖๗ ๓๔๓๙)

- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายเงินเดือนและ กบข.

๑) สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๓ ฉบับ

๒) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๓ ฉบับ

๓) สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชีออมทรัพย์ จำนวน ๓ ฉบับ

** ร้านค้าสวัสดิการ กรมราชทัณฑ์ มีผ้าสำหรับตัดเครื่องแบบข้าราชการและเครื่องหมายข้าราชการ

ใบประกอบวิชาชีพและประกาศนียบัตรที่ใช้ในการพิจารณาปัจจัยด้านความขาดแคลน
สำหรับกลุ่มงานหลักของกรมราชทัณฑ์

๑. ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ
๒. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ออกโดย แพทยสภา
๓. ในอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ ออกโดย ทันตแพทยสภา
๔. ในอนุญาตประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ ออกโดย สัตวแพทยสภา
๕. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ออกโดย สภาเภสัชกรรม
๖. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ออกโดยสภาการพยาบาล
๗. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ออกโดย สภาเทคนิคการแพทย์
๘. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด ออกโดย สภากายภาพบำบัด
๙. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพวิศวกรรมควบคุม ออกโดย สภาวิศวกร
๑๐. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสถาปัตยกรรม ออกโดย สภาสถาปนิก
๑๑. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทางการศึกษา ออกโดย คุรุสภา
๑๒. ใบอนุญาตให้เป็นทนายความ ออกโดย สภาทนายความ
๑๓. ประกาศนียบัตรบัณฑิต ทุกสาขาวิชา
๑๔. ประกาศนียบัตรวิชาชีพครู
๑๕. ประกาศนียบัตรทางการบัญชี
๑๖. เนติบัณฑิตไทย
๑๗. หลักสูตรการฝึกอบรมนักศึกษาวิชาทหาร (รด.)
๑๘. ใบรับรองในการประกอบวิชาชีพผู้ประกาศ ผู้อ่านข่าว และผู้ดำเนินรายการ ออกโดย กรมประชาสัมพันธ์

ใบรับรองแพทย์

เลขที่ .....

ส่วนที่ ๑ สำหรับผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....

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

เลขประจำตัวประชาชน ..... ข้าพเจ้าขอหนังสือรับรองสุขภาพเพื่อเข้ารับราชการในตำแหน่ง..... 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 หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ 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)

(.....)

<u>หมายเหตุ</u> *(๑) ชื่อส่วนราชการ*

(๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๓) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(๔) ประทับตราโรงพยาบาลด้วย

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย