



ที่ ยธ ๐๗๐๗.๖/๖๘

กองบริหารทรัพยากรบุคคล
กรมราชทัณฑ์
๒๒๒ ถนนนนทบุรี ๑
อำเภอเมืองนนทบุรี
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

เรื่อง ให้รายงานตัวเพื่อบรรจุเข้ารับราชการ

เรียน ผู้ได้รับคัดเลือกในตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ ลำดับที่ ๑ - ๑๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย หลักฐานประกอบการรายงานตัว

ตามที่ท่านสอบคัดเลือกได้ในตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ ลำดับที่ ๑ - ๑๓ ตามประกาศกรมราชทัณฑ์ ลงวันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๖๘ เรื่อง การขึ้นบัญชีและการยกเลิกบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกจากบัญชีผู้สอบแข่งขันได้ในตำแหน่งหนึ่งไปขึ้นบัญชีเป็นผู้ได้รับคัดเลือกในตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการของกรมราชทัณฑ์ นั้น

กรมราชทัณฑ์ ประสงค์จะบรรจุท่านเข้ารับราชการ ในวันจันทร์ที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๘ จึงขอให้รายงานตัวเพื่อเตรียมความพร้อม โดยรายงานตัวผ่านระบบสื่อสารทางไกลผ่านจอภาพทางแอปพลิเคชันไลน์ (Line Application) ในวันจันทร์ที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ เวลา ๐๙.๐๐ น. และขอให้ท่านดำเนินการสแกน QR Code ท้ายหนังสือฉบับนี้โดยทันที ตั้งแต่วันที่ได้รับหนังสือ ทั้งนี้ ขอให้ท่านดำเนินการลงทะเบียนประวัติข้าราชการอิเล็กทรอนิกส์ทางเว็บไซต์ <https://seis.ocsc.go.th> ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ หากพ้นกำหนดนี้แล้วจะถือว่าท่านสละสิทธิในการบรรจุเข้ารับราชการ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวพิมพ์พร เนตรพุกกะณะ)
ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล

กลุ่มงานบรรจุแต่งตั้ง

โทร. ๐ ๒๙๖๗ ๓๔๓๗ - ๘

โทรสาร ๐ ๒๙๖๗ ๓๔๓๕



หลักฐานประกอบการรายงานตัว (สำหรับข้าราชการบรรจุใหม่)

ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

๑. กลุ่มงานบรรจุแต่งตั้ง (๐๒ ๙๖๗ ๓๔๓๗ - ๘)

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

๒) หลักฐานประกอบการให้ได้รับเงินเดือนแรกบรรจุเข้ารับราชการ (ถ้ามี)

- หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงานที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่บรรจุ เป็นเวลา ๑ ปี ขึ้นไป โดยมีหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาขณะนั้น

- วุฒิการศึกษาในระดับเดียวกันกับที่ใช้ในการสมัคร มากกว่า ๑ วุฒิ

- ความรู้ความสามารถด้านภาษาต่างประเทศ

ประเภทวิชาการ เป็นผู้จบการศึกษาวุฒิจากต่างประเทศ หรือสำเร็จการศึกษาในประเทศ และมีผลคะแนนสอบ TOEFL หรือคะแนนอื่นที่เทียบได้ ตั้งแต่ ๕๐๐ คะแนนขึ้นไป

**** ให้เขียนตำแหน่ง และลำดับที่สอบได้ ไว้มุมขวาด้านบนของเอกสาร****

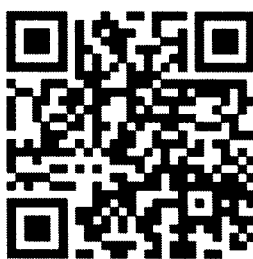
**** ทั้งนี้ หากไม่แสดงเอกสารตามข้อ ๒) ภายในวันรายงานตัว กรมราชทัณฑ์อาจไม่พิจารณาดำเนินการปรับอัตราเงินเดือนแรกบรรจุให้กับข้าราชการ ****

๒. กลุ่มงานเงินเดือนและบำเหน็จความชอบ (๐๒ ๙๖๗ ๓๔๓๙)

- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายเงินเดือนและ กบข.

๑) สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๒) สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชีออมทรัพย์ จำนวน ๑ ฉบับ



เอกสารกลุ่มงานเงินเดือนฯ

**** ร้านค้าสวัสดิการ กรมราชทัณฑ์ มีผ้าสำหรับตัดเครื่องแบบข้าราชการและเครื่องหมายข้าราชการ ไว้บริการ ****



กลุ่มร้านค้าสวัสดิการ

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
เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้รับไว้ในหนังสือฉบับนี้ 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