



ด่วนที่สุด

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร. ๐ ๕๔๖๕ ๓๒๕๔ ต่อ ๒๐๘

ที่ พร ๐๐๓๒.๐๑๐/ว ๑๙๐๐

วันที่ ๕๑

สิงหาคม ๒๕๖๑

เรื่อง การแจ้งเวียนรับสมัครคัดเลือกเพื่อบรรจุบุคคลเข้ารับราชการตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง/ สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ/ หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน
ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ตามหนังสือสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑ ที่ สธ ๐๒๒๖/ว ๒๓๗๗ ลงวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๑

เรื่อง การจัดสรรตำแหน่งเพื่อคัดเลือกบรรจุบุคคลเข้ารับราชการ ได้จัดสรรตำแหน่งว่าง เพื่อบรรจุลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน (ที่จ้างด้วยเงินทุกประเภท) พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุขเข้ารับราชการ โดยกำหนดให้จังหวัดดำเนินการคัดเลือกบรรจุบุคคลเข้ารับราชการ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนดอย่างเคร่งครัด โดยมีเงื่อนไขคือผู้ที่ได้รับการบรรจุในตำแหน่งที่จัดสรรลงไปจะต้องไม่มีการโยกย้าย การไปช่วยราชการ ภายในระยะเวลา ๓ ปี โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ได้รับจัดสรรตำแหน่งเพื่อบรรจุบุคคลเข้ารับราชการ จำนวน ๑ อัตรา คือ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๙๘๓๗๑ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลวังชิ้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ขอแจ้งให้ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน (ที่จ้างด้วยเงินทุกประเภท) พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ที่อยู่ในหลักเกณฑ์ตามที่หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๔.๑/ว ๑๖ ลงวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๑ กรณี ๑(๒) กรณีเป็นผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรที่ ก.พ. อนุมัติให้ส่วนราชการจัดให้มีการศึกษาขึ้นเพื่อเข้ารับราชการในส่วนราชการใดส่วนราชการนั้นโดยเฉพาะ (นักเรียนทุน) ที่ประสงค์จะสมัครเข้ารับการศึกษาเพื่อบรรจุเข้ารับราชการ ขอและยื่นใบสมัครด้วยตนเองได้ที่ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ (สำนักงานชั่วคราว) ห้อง ๑๒๓ ชั้น ๒ อาคารอำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ตั้งแต่วันที่ ๒๔ - ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๑ ในวันและเวลาราชการ (ภาคเช้า เวลา ๐๙.๐๐ น. - ๑๑.๓๐ น. และภาคบ่าย เวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๐๐ น.) รายละเอียดคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง และเอกสารหลักฐานที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่

คุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

มีคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

๑. ได้รับปริญญาตรีหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง
 ๒. ได้รับปริญญาโทหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง
 ๓. ได้รับปริญญาเอกหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง
 ๔. ได้รับปริญญาหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่ ก.พ.กำหนดว่าใช้เป็นคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งนี้ได้ และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง
-

หลักฐานที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร

๑. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๑.๕ x ๒ นิ้ว โดยถ่ายไม่เกิน ๑ ปี (นับถึงวันปิดรับสมัคร) จำนวน ๓ รูป

๒. สำเนาใบประกาศนียบัตร และระเบียบผลการเรียน (Transcript) ที่แสดงว่าเป็นผู้มีวุฒิการศึกษาตรงตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งที่สมัคร จำนวนอย่างละ ๑ ใบ โดยจะต้องสำเร็จการศึกษาและได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจอนุมัติ ภายในวันปิดรับสมัคร คือ วันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๑

ในกรณีไม่สามารถนำหลักฐานการศึกษาดังกล่าวมายื่นพร้อมใบสมัครได้ ให้นำหนังสือรับรองคุณวุฒิที่สถานศึกษาออกให้ โดยระบุสาขาวิชาที่สำเร็จการศึกษา และวันที่ได้รับอนุมัติประกาศนียบัตร ซึ่งจะต้องอยู่ภายในกำหนดวันปิดรับสมัคร มายื่นแทนก็ได้

๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๔. สำเนาหลักฐานอื่นๆ เช่น ใบสำคัญการสมรส (เฉพาะผู้สมัครเพศหญิง) ใบเปลี่ยนชื่อและนามสกุล (ในกรณีที่ชื่อ - นามสกุล ในหลักฐานการสมัครไม่ตรงกัน) อย่างละ ๑ ฉบับ

๕. หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน จำนวน ๑ ฉบับ (ตามตัวอย่าง)

๖. หนังสือรับรองผ่านการเกณฑ์ทหาร (เฉพาะผู้สมัครเพศชาย) จำนวน ๑ ฉบับ

ทั้งนี้ ในสำเนาหลักฐานทุกฉบับให้ผู้สมัครเขียนคำรับรองสำเนาถูกต้องและลงชื่อกำกับไว้ด้วย

(ตัวอย่างหนังสือรับรองการปฏิบัติงาน)



ที่...../.....

(หน่วยงาน).....

(ที่อยู่).....

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....
ตำแหน่ง.....ได้รับการจ้างครั้งแรก เป็นลูกจ้างชั่วคราวตำแหน่ง
.....สังกัด.....ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่
.....อัตราค่าจ้าง.....บาท และได้รับการจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข
ตำแหน่ง.....สังกัด.....ตั้งแต่วันที่.....
ถึงวันที่.....ได้รับอัตราค่าจ้าง.....บาท จริง

ให้ไว้ ณ วันที่ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

(ลงชื่อ).....

(.....)

(หัวหน้าหน่วยงาน)