



ประกาศคณะกรรมการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการ
เรื่อง รายชื่อผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อบรรจุบุคคลเข้ารับราชการ ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

.....

ตามที่ได้มีประกาศจังหวัดอุบลราชธานี ลงวันที่ ๒๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เรื่อง รับสมัครคัดเลือก
เพื่อบรรจุบุคคลเข้ารับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี นั้น

บัดนี้ การรับสมัครคัดเลือกได้เสร็จสิ้นแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือก วัน เวลา
สถานที่ วิธีการคัดเลือก และการประกาศผลการคัดเลือก ดังนี้

๑. รายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก

รายละเอียดตามเอกสารแนบท้ายประกาศ

๒. วัน เวลา สถานที่สอบ

สอบสัมภาษณ์ในวันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๖๘ ณ ห้องประชุม ๒ ชั้น ๓ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

๒.๑ รายงานตัวเวลา ๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น.

๒.๒ เริ่มสอบสัมภาษณ์เวลา ๐๙.๐๐ น. เป็นต้นไป

การประกาศผลการคัดเลือก จะประกาศให้ทราบภายในวันที่ ๑๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘ ณ บ้ายประชาสัมพันธ์
ชั้น ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และที่ <https://ssj๑๐.phoubon.in.th/ข่าวรับสมัครงาน>

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ประธานคณะกรรมการคัดเลือกฯ

รายชื่อผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อบรรจุบุคคลเข้ารับราชการ ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
แนบท้ายประกาศคณะกรรมการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการ ลงวันที่ พฤษภาคม ๒๕๖๘

เลขที่ประจำตัวสอบ	ชื่อ-นามสกุล
๑	นางสาววัชรภรณ์ นธะสนธิ์
๒	นางสาวดารานีย์ แสงสีดา
๓	นางสาวอภัสรา สร้อยสิงห์
๔	นางสาวสุพิชชา สุขเสริม
๕	นายอดิเทพ ทองแสน
๖	นางสาวอภิสร่า กิ่งแสง
๗	นางสาวณัฐริกา ทองประสาน
๘	นางณัฏฐณิชา พันคำภา
๙	นางสาวสุนิสา กุลบุตร
๑๐	นางสาวพิมพ์มาดา ยิ่งวงศ์
๑๑	นางสาวสุภวรรณ เฉลิม
๑๒	นางสาวธัญวลัย สายสิน
๑๓	นางสาวณัฐสุดา บุตรติวงศ์
๑๔	นางสาวอริสา หนูคำ
๑๕	นางสาวทัศนดากร สมสุข
๑๖	นางสาวสุภาพรรณ ศรีสุข
๑๗	นางสาวภัทรวดี พรหมบุตร
๑๘	นางสาวชนาภา บุญมาศ
๑๙	นางสาวปุณทริกา พึ่งเจริญ
๒๐	นางสาวอินชนก จำปาดอก
๒๑	นางสาวกฤษดาพร แก้วใจ
๒๒	นางสาวนภาลัย เจริญท้าว
๒๓	นางสาวปาริฉัตร ปัสสาคำ
๒๔	นางสาวอำนวย นันทบุตร
๒๕	นางสาวปิยพร ทองประเสริฐ
๒๕	นางสาวนิรชา เคหะรมย์
๒๗	นางสาวธิดารัตน์ วงศ์ศรี
๒๘	นางสาวอัญชลี ทองถนอม
๒๙	นางสาวศิริภัสสร ขาตาสุข
๓๐	นางสาวดาวัลย์ บุญเทียม
๓๑	นางสาวรุปนีย์ สวัสดิ์นะที
๓๒	นางสาวเยาวเรศ คำศรี
๓๓	นางสาวสายชล สมสวย
๓๔	นางสาวสุพัตรา ผาระพรม

/๓๕. นางสาว...

๒๖ ๒๗

รายชื่อผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อบรรจุบุคคลเข้ารับราชการ ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
แนบท้ายประกาศคณะกรรมการคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการ ลงวันที่ พฤษภาคม ๒๕๖๘

เลขที่ประจำตัวสอบ	ชื่อ-นามสกุล	
๓๕	นางสาวธีรดา	จันทร์เขียว
๓๖	นางสาวศิริพร	เจริญวงศ์
๓๗	นางสาวเยาวลักษณ์	อินลี
๓๘	นางสาวนริศรา	สารภาพ
๓๙	นางสาวนันทิญา	บุตตาเคน
๔๐	นางสาวณัฐวดี	เสตพันธ์
๔๑	นางสาวณพิชา	สิงห์จันทร์

๗๖

ผู้สมัครโปรดพิมพ์เอกสารฉบับนี้แนบมาพร้อมกับใบสมัครทุกครั้ง !!!

แบบตรวจเอกสารประกอบการคัดเลือกเพื่อบรรจุบุคคลเข้ารับราชการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ชื่อ - นามสกุล.....เลขประจำตัวสอบ.....

เอกสาร	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
1. ใบสมัคร (ลงลายมือชื่อให้เรียบร้อย) พร้อมติดรูปถ่าย ขนาด 1x1.5 นิ้ว			
2. สำเนาปริญญาบัตร/ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา จำนวน 1 ฉบับ ระดับ ปริญญาตรีหรือคุณวุฒಿಯ่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน ระดับ ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ชื่อ-สกุล ที่สมัครสอบตรงตามวุฒิการศึกษา ☐ ตรง ☐ ไม่ตรง			
3. สำเนาระเบียนผลการศึกษา (Transcript of Records) ฉบับภาษาไทย (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ			
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ			
5. หลักฐานอื่น ๆ เช่น สำเนาใบสำคัญการสมรส สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี) อย่างละ 1 ฉบับ			
6. หนังสือยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อประกอบการสมัคร คัดเลือกเพื่อบรรจุบุคคลเข้ารับราชการ (ฉบับจริง) 1 ฉบับ			
7. หนังสือรับรองปฏิบัติงาน (ฉบับจริง) 1 ฉบับ			

เอกสารข้อ 1 - 7 นำมายื่นในวันสอบคัดเลือกเพื่อบรรจุบุคคลเข้ารับราชการเพื่อวัดความเหมาะสมกับตำแหน่งฯ (สัมภาษณ์) และเอกสารทุกฉบับให้ผู้สมัครเขียนคำรับรอง "สำเนาถูกต้อง" และลงลายมือชื่อกำกับ พร้อมทั้งระบุเลขประจำตัวสอบ ตำแหน่งที่สมัครสอบกำกับไว้ที่มุมบนด้านขวาของสำเนาหลักฐานเอกสารทุกหน้า (ยกเว้นใบสมัคร)

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจเอกสาร
(.....)

การตรวจคุณสมบัติผู้สมัครสอบ

- ☐ ผ่านคุณสมบัติ
- ☐ ไม่ผ่าน คุณสมบัติ เนื่องจาก

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจคุณสมบัติ
(.....)



หนังสือยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลแก่บุคคลที่สาม
ประกอบการสมัครสอบคัดเลือกเพื่อบรรจุบุคคลเข้ารับราชการ

เรียน ผู้เกี่ยวข้องและเจ้าหน้าที่ (ระบุขอสถาบันการศึกษา)

ข้าพเจ้า ตกลงยินยอมให้
(ระบุชื่อสถาบันการศึกษา) หรือ
เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง เปิดเผยข้อมูลด้านการศึกษาของข้าพเจ้าแก่บุคคลที่สามที่ระบุรายละเอียดไว้ด้านล่างนี้
เพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบประวัติการศึกษาและ/หรือเอกสารทางการศึกษา.....
ในการสอบคัดเลือกเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตามพระราชบัญญัติ คุ่มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้อมูลของข้าพเจ้าที่
สถาบันการศึกษาจะเปิดเผย ได้แก่ ชื่อ - นามสกุล ขณะที่ศึกษา หลักสูตรที่ศึกษา ระยะเวลาการศึกษา
วุฒิที่สำเร็จการศึกษา วันที่สำเร็จการศึกษา และผลการศึกษา

รายละเอียดของบุคคลที่สามที่ขอตรวจสอบประวัติ

ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ที่อยู่ : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ 265 ถนนพรหมเทพ
ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

e-mail : moph.bk@gmail.com โทรศัพท์ : 0 4524 2225 ต่อ 122