



ประกาศ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา
เรื่อง รับสมัครสรรหาและเลือกสรรบุคคลเป็นลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง (รายเดือน) สังกัด
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา กองสาธารณสุข
องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

ด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช มีความประสงค์จะดำเนินการรับสมัครสรรหาและเลือกสรรบุคคล เพื่อจ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) ด้วยเงินบำรุงของโรงพยาบาล

อาศัยอำนาจตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๐ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๖ (๔) และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การจ่ายเงินบำรุงเพื่อเป็นค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราวหรือลูกจ้างรายคาบของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๕ ลงวันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ ประกอบกับมติคณะกรรมการบริหารหน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๖๘ จึงประกาศรับสมัคร สรรหาและ เลือกสรร บุคคลเป็นลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง (รายเดือน) สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน ๑ ตำแหน่ง ๑ อัตรา โดยมีหลักเกณฑ์การรับสมัครและกำหนดการรับสมัคร ดังนี้

๑. คุณสมบัติของผู้สมัคร

ผู้สมัครต้องมีคุณสมบัติทั่วไป และคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งของผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับ
การคัดเลือก ดังนี้

- ๑.๑ มีสัญชาติไทย
- ๑.๒ อายุไม่ต่ำกว่า ๒๒ ปี และไม่เกิน ๓๐ ปี บริบูรณ์(นับถึงวันปิดรับสมัคร)
- ๑.๓ เป็นผู้เลื่อมใสในการปกครองระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยด้วยความบริสุทธิ์ใจ
- ๑.๔ ไม่เป็นผู้ดำรงตำแหน่ง กำนัน แพทย์ประจำตำบล สารวัตรกำนันผู้ใหญ่บ้าน และ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน
- ๑.๕ ไม่เป็นผู้ดำรงตำแหน่งข้าราชการการเมือง
- ๑.๖ ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบเป็นโรคตามที่กำหนดในกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือน
- ๑.๗ ไม่เป็นผู้อยู่ระหว่างถูกสั่งให้พักราชการ หรือถูกสั่งให้ออกจากราชการไว้ก่อนตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยลูกจ้างประจำของส่วนราชการ หรือตามกฎหมายอื่น

- ๑.๘ ไม่เป็นผู้บกพร่องในศีลธรรมอันดี จนเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม
- ๑.๙ ไม่เป็นกรรมการพรรคการเมือง หรือเจ้าหน้าที่ในพรรคการเมือง
- ๑.๑๐ ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
- ๑.๑๑ ไม่เป็นผู้เคยต้องโทษจำคุก โดยคำพิพากษาถึงที่สุด ให้จำคุก เพราะกระทำความผิดพลาดทางอาญา เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ
- ๑.๑๒ ไม่เป็นผู้เคยถูกลงโทษให้ออก หรือปลดออก หรือไล่ออกจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

สำหรับพระภิกษุหรือสามเณร นักพรต หรือนักบวช ไม่สามารถสมัครเข้ารับการสรรหาและเลือกสรรเป็นพนักงานจ้างได้ ทั้งนี้ เป็นไปตามหนังสือกรมสารบรรณคณะรัฐมนตรีฝ่ายบริหาร ที่ นร ๑๙/๒๕๐๑ ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๐๑ และตามความในข้อ ๕ ของคำสั่งมหาเถรสมาคม ลงวันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๓๘

หมายเหตุ ผู้ที่ผ่านการสรรหาและการเลือกสรรในวันที่ทำสัญญาจ้าง จะต้องไม่เป็นผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง กรรมการพรรคการเมือง เจ้าหน้าที่ในพรรคการเมือง ผู้บริหารท้องถิ่น คณะผู้บริหารท้องถิ่น สมาชิกสภาท้องถิ่น ข้าราชการหรือลูกจ้างส่วนราชการ พนักงานหรือลูกจ้างของหน่วยงานอื่นของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานหรือลูกจ้างของส่วนราชการท้องถิ่น

๒. ตำแหน่งที่รับสมัคร

ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัด

จำนวน ๑ อัตรา

อัตราค่าจ้าง ลูกจ้างชั่วคราว(รายเดือน) เดือนละ ๑๕,๐๐๐.๐๐ บาท

ระยะเวลาการจ้าง วันที่เริ่มสัญญาจ้าง ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘ (ต่อสัญญาจ้างปีต่อปีงบประมาณ) โดยต้องผ่านการประเมินผลการปฏิบัติงานทุกปี หากทางราชการมีความจำเป็นที่จะต้องใช้อัตรากำลังต่อและผู้ที่ได้รับการคัดเลือกผ่านการประเมินอาจมีการต่อสัญญาได้คราวละ ๑ ปี และขอสงวนสิทธิ์ในการเลิกจ้าง โดยผู้ว่าจ้างจะแจ้งล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า ๑ เดือน

๒.๑. คุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง

ผู้สมัครต้องมีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตามที่กำหนด และตำแหน่งที่เปิดรับสมัครให้มีหน้าที่ความรับผิดชอบ และลักษณะงานที่ปฏิบัติตามที่ระบุไว้ในรายละเอียดเกี่ยวกับการรับสมัคร ตามตำแหน่งตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ (ภาคผนวก ก)

๓. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร

-ผู้ประสงค์จะสมัครสอบ ต้องส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการสมัครทางด้วยตนเองหรือทางไปรษณีย์ลงทะเบียนด่วนพิเศษ(EMS) ส่งถึง งานกาชาดเจ้าหน้าที่ กลุ่มบริหารสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา เลขที่ ๑๒๗ ซอย ๘ หมู่ที่ ๘ ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๑๖๐ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๖๔๘๐ ๙๖๐๘ วงเล็บมุมซองว่า “ใบสมัคร” ตั้งแต่วันที่ **๖-๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๔** โดยจะถือว่าวันที่ไปรษณีย์ต้นทางประทับตรารับ ภายในวันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๔ เวลา ๑๖.๓๐ น.เป็นสำคัญ และใบสมัครที่ส่งหลังวันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๔ จะไม่ได้รับการพิจารณา ขอทราบรายละเอียดได้ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทร ๐๘ ๖๔๘๐ ๙๖๐๘

๔. หลักฐานและเอกสารที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัครสอบ

- | | |
|---|---------------------|
| ๑. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวกและไม่ใส่แว่นตาดำ ขนาด ๓ x ๔ ซม. หรือ ๑ นิ้ว | จำนวน ๓ รูป |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สำเนาปริญญาบัตร และสำเนาระเบียนแสดงผลการศึกษา(Transcript of Records) ที่แสดงว่าเป็นคุณวุฒิการศึกษาตรงตามประกาศรับสมัคร | จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ |
| ๕. สำเนาใบประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๖. สำเนาหลักฐานอื่นๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล (ถ้ามี) | |
| ๗. ใบรับรองแพทย์ ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน
(ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง จากโรงพยาบาลเท่านั้น) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๘. หนังสือรับรองการผ่านงาน (ถ้ามี) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๙. เอกสารรับรองผ่านการเกณฑ์ทหารแล้ว (เพศชาย) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๑๐. สำเนาหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบ | จำนวน ๑ ฉบับ |
- ทั้งนี้ ในสำเนาหลักฐานทุกฉบับให้ผู้สมัครเขียนคำรับรองว่า สำเนาถูกต้องและลงชื่อกำกับไว้ด้วย

หมายเหตุ

-โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา จะไม่รับสมัครถ้าผู้สมัครไม่ส่งเอกสารและหลักฐานมาแสดงในวันสมัครให้ไม่ครบถ้วน

-เอกสารทุกฉบับที่นำมาใช้ในการสมัคร กรุณาสำเนาหลักฐานทุกฉบับ ให้รับรองสำเนาด้วยตนเองในวันรับสมัคร

๕. เงื่อนไขการรับสมัคร

ผู้เข้ารับการคัดเลือกจะต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบและรับรองตนเอง ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปและคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตรงตามประกาศรับสมัครจริง และจะต้องกรอกรายละเอียดต่างๆ ในใบสมัคร พร้อมทั้งยื่นหลักฐานในการสมัครให้ถูกต้อง ครบถ้วน ในกรณีที่มีความผิดพลาดอันเกิดจากผู้สมัครไม่ว่าด้วยเหตุใด ๆ หรือวุฒิการศึกษาไม่ตรงตามคุณสมบัติของตำแหน่งที่สมัคร อันมีผลทำให้ผู้สมัครคัดเลือก ไม่มีสิทธิสมัครตามประกาศรับสมัครดังกล่าว ให้ถือว่า การรับสมัคร และการได้รับคัดเลือกครั้งนี้เป็นโมฆะสำหรับผู้นั้น

๖. การชำระค่าธรรมเนียมสมัครสอบ

ผู้สมัครสอบต้องชำระค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบในอัตรา ๑๐๐.- บาท ตั้งแต่วันที่ ๖-๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๘ โดยการโอนค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบไปยังบัญชี ธนาคารกรุงไทย สาขามหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ชื่อบัญชี รพ.สต.ชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา เลขที่บัญชี ๖๖๓-๒-๐๘๘๔๓-๐ สามารถชำระเงินได้ทางช่องทาง

-ชำระเงินผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ตแบงก์กิ้ง (INTERNET BANKING) ได้ทุกธนาคารและสิ้นสุดในเวลาราชการ ๐๘.๓๐ - ๑๖.๐๐ น.ของวันที่ ๖-๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๘

หลังจากชำระค่าธรรมเนียมการสมัครสอบแล้วให้ผู้สมัครสอบส่ง **File หลักฐานชำระค่าธรรมเนียมการสมัครสอบพร้อมระบุชื่อ-สกุล ส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) : chumchonsathitwalailak@gmail.com ทันทีภายในเวลาราชการของวันที่สมัคร**

ผู้ที่ชำระค่าธรรมเนียมการสมัครสอบก่อนวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๘ และหลังวันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๘ (เวลา ๑๖.๐๐ น.เป็นต้นไป) จะไม่ได้รับการพิจารณา ค่าธรรมเนียมสมัครสอบจะไม่จ่ายคืนให้ ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

๗. หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม

ให้ผู้สมัครสอบเก็บหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบ (ฉบับจริง) ไว้ด้วยและสำเนาหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบ แนบส่งมาพร้อมใบสมัครด้วย

หากมีข้อสงสัย กรุณาติดต่อ งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มบริหารสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา โทร ๐๘ ๖๔๘๐ ๙๖๐๘

๘. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิสอบคัดเลือก

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา **จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิสอบคัดเลือก** และกำหนด วัน เวลา สถานที่ในการสอบคัดเลือก ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา และและทางเว็บไซต์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา <https://chumchonsathitwala.wixsite.com/satitwalailak> หัวข้อประกาศรับสมัครงาน

๙. วิธีการสอบคัดเลือก

คณะกรรมการคัดเลือกจะดำเนินการคัดเลือกโดยวิธีสอบข้อเขียน ภาคปฏิบัติ สัมภาษณ์ หรือวิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีก็ได้ตามความเหมาะสม

๑๐. เกณฑ์การตัดสิน

ผู้ที่จะได้เป็นผู้ได้รับคัดเลือก ต้องได้คะแนนในการสอบไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ ผู้ที่ได้คะแนนสูงสุดตามจำนวนที่รับสมัคร จะได้รับการจ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราว(รายเดือน) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

ประกาศ ณ วันที่ ๖ เดือน สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๘



(นายสมโชค นงค์นวล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา

(ภาคผนวก ก)

เอกสารแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา

กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

เรื่อง รับสมัครสรรหาและเลือกสรรบุคคลเป็นลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง (รายเดือน) สังกัด

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา กองสาธารณสุข

องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

ลงวันที่ ๖ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๘

๑.ชื่อตำแหน่ง นักกายภาพบำบัด

๑.๑ คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง

ได้รับปริญญาตรีหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน ในสาขาวิชาหรือทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ กายภาพบำบัด และได้รับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด

๑.๒ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

ปฏิบัติงานบำบัดรักษาผู้ป่วยด้วยด้วยเครื่องมือและวิธีการทางกายภาพบำบัด ซึ่งมีลักษณะงานที่ปฏิบัติเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวกับกล้ามเนื้อโรคทางกระดูก โรคทางข้อ โรคทางระบบประสาทและความพิการต่างๆ ที่เกิดจากโรคหรืออุบัติเหตุ โดยวิธีกายบำบัด โดยใช้ความร้อน แสง เสียง ไฟฟ้า หลักกลศาสตร์ การตัด การดึง การนวด การบริหารร่างกายตลอดจนการใช้เครื่องมือทางกายภาพชนิดต่างๆ เพื่อฟื้นฟู ป้องกัน ปรับปรุง แก้ไข สมรรถภาพของส่วนของร่างกายที่เสื่อมสภาพหรือพิการให้กลับคืนดีทั้งทางรูปและทางหน้าที่ และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง

๑.๓ หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง

ปฏิบัติงานในฐานะผู้ปฏิบัติงานระดับต้น ที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถทางวิชาการในการทำงาน ปฏิบัติงานเกี่ยวกับด้านกายภาพบำบัด ภายใต้การกำกับ แนะนำ ตรวจสอบ และปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

โดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติในด้านต่างๆดังนี้

๑. ด้านการปฏิบัติการ

๑.๑ ปฏิบัติการเกี่ยวกับงานกายภาพบำบัด บำบัดรักษาผู้ป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ โรคกระดูก โรคทางข้อ โรคทางระบบประสาท และความพิการต่างๆ ที่เกิดจากโรคหรืออุบัติเหตุ โดยการใช้เครื่องมือและวิธีการทางกายภาพบำบัด หรือในรายที่ผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนหรือโรคเฉพาะทาง เช่น การใช้ความร้อน แสง เสียงไฟฟ้า หลักกลศาสตร์ การตัด การดึง การนวด การบริหารร่างกาย รวมทั้งการให้คำแนะนำ แก่ญาติหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของส่วนร่างกายที่เสื่อมสภาพหรือพิการให้กลับดีทั้งทางรูปและทางหน้าที่ตลอดจนการใช้เครื่องช่วยผู้พิการ

๑.๒ ปฏิบัติการด้านกายภาพบำบัดตามมาตรฐานวิชาชีพ ให้การให้บริการทางกายภาพบำบัดแก่ผู้ให้บริการ เพื่อให้ได้รับการบริการที่ถูกต้องและเหมาะสม

๑.๓ คัดกรอง ตรวจประเมินทางการกายภาพบำบัด วิเคราะห์ปัญหา วินิจฉัยปัญหา ภาวะเสี่ยง เพื่อให้การบริการทางกายภาพบำบัดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมทันสถานการณ์และทันเวลา

๑.๔ บันทึก รวบรวม ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นทางกายภาพบำบัด เพื่อพัฒนาการบริการผู้ป่วยให้มีคุณภาพ

๑.๕ ส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษาฟื้นฟูสุขภาพประชาชน หรือการบริการอื่นๆ ทางด้านกายภาพบำบัด เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น

๒. ด้านการวางแผน

วางแผนการทำงานที่รับผิดชอบร่วมดำเนินการวางแผนการทำงานของหน่วยงานหรือโครงการ เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามเป้าหมายผลสัมฤทธิ์ที่กำหนด

๓. ด้านการบริการ

๓.๑ ประสานการทำงานร่วมกันทั้งภายในและภายนอกทีมงานหรือหน่วยงาน เพื่อให้เกิดความร่วมมือและผลสัมฤทธิ์ตามที่กำหนดไว้

๓.๒ ชี้แจงและให้รายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูล ข้อเท็จจริง แก่บุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจหรือความร่วมมือในการดำเนินงานตามที่ได้รับมอบหมาย

๓.๓ สอน แนะนำ ให้คำปรึกษา เบื้องต้นแก่ผู้ใช้บริการและครอบครัว ชุมชน เกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้

๓.๔ ให้บริการข้อมูลทางวิชาการ จัดเก็บข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับด้านกายภาพบำบัด เพื่อให้ประชาชนได้ทราบข้อมูลและความรู้ต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ สอดคล้องและสนับสนุนภารกิจของหน่วยงานและใช้ประกอบการพิจารณากำหนดนโยบาย แผนงาน หลักเกณฑ์ มาตรการต่างๆ



เรียนผู้สมัครงานทุกท่าน

ขอให้ท่านให้ความสำคัญกับการเขียนใบสมัครงานให้มาก เพราะว่าบางครั้งโรงพยาบาลจะใช้ข้อมูลจากใบสมัครมาเข้าสู่กระบวนการสัมภาษณ์ด้วย โดยสิ่งที่โรงพยาบาลอยากเห็นจากใบสมัครคือ การแสดงถึงความมุ่งมั่น ความอดทน ความมานะพยายาม ความลำบากในการใช้ชีวิต ความตั้งใจใฝ่รู้ การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี การคิด เชิงบวก ความรับผิดชอบต่อนหน้าที่การเสียสละเพื่อส่วนรวม ฯลฯ

หมายเหตุ ถ้าแบบฟอร์มมีให้กรอกไม่พอ ให้สามารถเขียนเพิ่มเติมโดยใช้ใบแทรกแนบเพิ่มได้

Facebook :

ID LINE :

หลักฐานที่ส่ง

1. สำเนาปริญญาบัตรและระเบียบผลการเรียน จำนวนอย่างละ 1 ฉบับ
ที่แสดงว่าเป็นผู้มีวุฒิการศึกษาตรงกับ ตำแหน่งที่สมัครโดยจะต้องสำเร็จการศึกษา และได้รับ อนุมัติจากผู้มีอำนาจอนุมัติ ภายในวันปิดรับสมัคร คือ วัน ที่ 18 สิงหาคม 2568
2. สำเนาใบอนุญาตรับเป็นผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวนอย่างละ 1 แผ่น
4. รูปถ่ายสีหรือขาวดำ หน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาขนาด ๑ นิ้ว (ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน) จำนวน 3 รูป
5. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
6. สำเนาหนังสือรับรองว่าผ่านการเกณฑ์ทหารแล้ว (เพศชาย) จำนวน 1 ฉบับ
7. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง จากโรงพยาบาลเท่านั้น จำนวน 1 ฉบับ
8. หนังสือรับรองการผ่านงาน (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ

ทั้งนี้ในสำเนาหลักฐานทุกฉบับให้ผู้สมัครเขียนคำรับรองว่า สำเนาถูกต้องและลงชื่อกำกับไว้ด้วย



แบบฟอร์มสมัครงาน
APPLICATION FOR EMPLOYMENT

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสวัสดิ์ลักษณะพัฒนา
127 ม.8 ต.ไทยบุรี อ.ท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช 80160
08-6480 9608
<https://chumchonsathitwala.wixsite.com/satitwalailak>

ติดรูปถ่าย
ขนาด 3 x 4
ชม. หรือ 1
นิ้ว

ตำแหน่งงานที่สมัคร

ตำแหน่ง	_____
เงินเดือนที่ต้องการ (ขั้นต่ำสุดที่รับได้)	_____ บาท

ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)	_____	นามสกุล	_____	ชื่อเล่น	_____																		
Name (Mr./Mrs./Miss)	_____	Surname	_____																				
บัตรประชาชนเลขที่	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			โทรศัพท์	_____	Email	_____
วัน/เดือน/ปีเกิด	_____	อายุ	_____	ปี	_____	ส่วนสูง	_____	ชม.	_____	น้ำหนัก	_____	กก.	_____										
สถานที่เกิด	_____	สถานภาพ	☐	โสด	☐	สมรส	☐	อื่นๆ	_____														
เชื้อชาติ	_____	สัญชาติ	_____	ศาสนา	_____																		
สถานภาพทางการทหาร	☐	ได้รับการยกเว้น	☐	ปลดเป็นทหารกองหนุน	☐	ยังไม่ได้รับการเกณฑ์																	

ที่อยู่

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่อยู่จริงเป็นประจำ)	_____
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน	_____

บุคคลที่สามารถติดต่อได้(กรณีฉุกเฉิน)

ชื่อ - สกุล	_____	อาชีพ	_____	เกี่ยวข้องเป็น	_____
สถานที่ทำงาน	_____	โทรศัพท์	_____		

ประวัติครอบครัว Family Information

บิดา ชื่อ-สกุล	_____	อายุ	_____	ปี	อาชีพ (อธิบายลักษณะงานให้ชัดเจน)	_____				
Father's name-surname	_____	Age	_____	Yrs.	Occupation	_____				
มารดา ชื่อ-สกุล	_____	อายุ	_____	ปี	อาชีพ (อธิบายลักษณะงานให้ชัดเจน)	_____				
Mother's name-surname	_____	Age	_____	Yrs.	Occupation	_____				
ชื่อภรรยา/สามี	_____	อาชีพ (อธิบายลักษณะงานให้ชัดเจน)	_____							
Name of wife/Husband	_____	Occupation	_____							
สถานที่ทำงาน	_____	มีบุตร	_____	คน						
Working Place	_____	Number of children	_____							
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว	_____	บาท	รายได้ส่วนใหญ่ได้มาจาก	_____						
มีพี่น้อง (รวมผู้สมัคร)	_____	คน	ชาย	_____	คน	หญิง	_____	คน	เป็นบุตรคนที่	_____
Number of Members in the family	_____	Male	_____	Female	_____	You're the child of the family	_____			
ชื่อ	_____	อายุ (ปี)	_____	อาชีพ	_____					
Name	_____	Age	_____	Occupation	_____					

การศึกษา Education

ระดับการศึกษา Educational Level	สถาบันการศึกษา Institution	สาขาวิชา Major	ตั้งแต่ From	ถึง To	เกรดเฉลี่ย(ที่ทำได้) Grade point average
มัธยมศึกษา High school					
ปวช. Vocational					
ปวท./ปวส. Diploma					
ปริญญาตรี Bachelor degree					
สูงกว่าปริญญาตรี Post-Graduate					
อื่นๆ Others					

ประวัติการทำงาน Working Experience in Chronological

☐ ยังไม่มีประวัติการทำงาน ☐ มีประวัติการทำงาน

สถานที่ทำงาน Company	ระยะเวลา Time		ตำแหน่งงาน Position	ค่าจ้าง/เงินเดือน Salary
	เริ่ม From	ถึง To		
1.				
ลักษณะงานที่ทำ			สาเหตุที่ลาออก	
2.				
ลักษณะงานที่ทำ			สาเหตุที่ลาออก	
3.				
ลักษณะงานที่ทำ			สาเหตุที่ลาออก	
4.				
ลักษณะงานที่ทำ			สาเหตุที่ลาออก	
5.				
ลักษณะงานที่ทำ			สาเหตุที่ลาออก	

ความสามารถทางด้านคอมพิวเตอร์

โปรแกรม	ดีมาก	ดี	พอใช้	น้อย

ความสามารถทางด้านภาษา Language Ability

ภาษา Language	พูด (Speaking)			เขียน (Writing)			อ่าน (Reading)		
	ดี Good	ปานกลาง Fair	พอใช้ Poor	ดี Good	ปานกลาง Fair	พอใช้ Poor	ดี Good	ปานกลาง Fair	พอใช้ Poor
ภาษาอังกฤษ (English)									
อื่นๆ (Other)									

ความสามารถพิเศษอื่นๆ Special Ability

พิมพ์ดีด	: ☐ ไม่ได้	: ☐ ได้	ไทย	คำ/นาที	อังกฤษ.....	คำ/นาที
Typing	☐ No	☐ Yes	Thai	Words/Minute	English	Words/Minute
ขับรถพาหนะ	: ☐ :สามารถขับรถ		: ☐ : สามารถขับรถ		ใบอนุญาตขับรถเลขที่	
Driving	รถจักรยานยนต์		รถยนต์		Driving License No.	
งานอดิเรก	: ระบุ					
Hobbies	Please Mention					
กีฬาที่ชอบ	: ระบุ					
Favourite Sport	Please Mention					
ความรู้ความสามารถพิเศษอื่น	: ระบุ					
Special knowledge	Please Mention					

ข้อมูลเพิ่มเติม

ประวัติการฝึกอบรม ที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งงาน

.....

ทราบข่าวการรับสมัครจาก

Sources of job information

.....

ท่านเคยป่วยหนักและเป็นโรคติดต่อร้ายแรงมาก่อนหรือไม่?

Have you ever been seriously or contracted with contagious disease?

☐ เคย ☐ ไม่เคย
Yes No

ถ้าเคยโปรดระบุชื่อโรค

If yes, explain fully

บุคคลอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ.....

1..... โทรศัพท์.....

2..... โทรศัพท์.....

3..... โทรศัพท์.....

ความคิดเห็นของผู้สมัคร

ข้าพเจ้าเป็นคนดี	☐ มาก	☐ ปานกลาง	☐ น้อย
ข้าพเจ้าเหมาะสมกับงานตำแหน่งนี้	☐ มาก	☐ ปานกลาง	☐ น้อย
อื่นๆ			

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวทั้งหมดในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ หลังจากโรงพยาบาลจ้างเข้ามาทำงานแล้วหากปรากฏว่า ข้อความในเอกสารใบสมัครงานที่นำมาแสดง หรือรายละเอียดที่ให้ไว้ไม่เป็นความจริง โรงพยาบาลมีสิทธิ์ที่จะเลิกจ้างข้าพเจ้าได้โดยไม่ต้องจ่ายเงินชดเชยหรือค่าเสียหายใดๆ ทั้งสิ้น

I certify all statement given in this application form is true if any is found to be untrue after engagement. The Hospital has right to terminate my employment without any compensation or severance pay what soever.

.....

ลายมือชื่อผู้สมัคร
(Applicants signature)

วันที่.....

.....
สำหรับเจ้าหน้าที่

การพิจารณาว่าจ้าง

ตำแหน่ง	แผนก.....	เงินเดือน	บาท/เดือน
Position	Department	Salary	Baht/ month
วันที่เริ่มงาน	ค่าใช้จ่ายพิเศษ		
Starting date	Allowances		

.....
ฝ่ายทรัพยากรบุคคล
Human resource department
...../...../.....

.....
ผู้อนุมัติ
Authorized signature
...../...../.....



แบบฟอร์มช่วยการสัมภาษณ์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวิทยาลัยลักษณะพัฒนา

ชื่อ.....สกุล.....

ตำแหน่งงานที่สนใจ

โปรดกรอกข้อความหรือตอบคำถาม ในช่องว่าง ตามความเป็นจริง ตามลำดับหัวข้อ เพื่อให้ผู้สัมภาษณ์ได้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด คำตอบเหล่านี้จะใช้ประกอบการพิจารณาสอบสัมภาษณ์อีกครั้ง ดังนั้น หากคำตอบใดไม่ตรงความเป็นจริง ถือว่าท่านไม่ผ่านการสอบคัดเลือก

1. ข้าพเจ้าคือใคร? (เล่าชีวิตของตนเองโดยย่อ)

.....
.....
.....
.....

2. ข้าพเจ้ามีพี่น้องทั้งหมด (รวมข้าพเจ้าด้วย).....คน ข้าพเจ้าเป็นลูกคนที่.....

3. ครอบครัวของข้าพเจ้ามีอาชีพ.....รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท รายได้ส่วนใหญ่ ได้มาจาก.....

4. ปัจจุบันข้าพเจ้าอาศัยอยู่กับ.....ที่.....

5. บุคคลในครอบครัวที่ข้าพเจ้ารักมากที่สุด คือ.....

และบุคคลในครอบครัวที่ข้าพเจ้าไม่ชอบมากที่สุด คือ.....

6. เมื่อมีปัญหา ข้าพเจ้ามักจะปรึกษากับ.....

7. ครอบครัวของข้าพเจ้าจัดอยู่ในประเภท (โปรดทำเครื่องหมายทั้งช่องชายและขวา ช่องละ 1 ☐)

ฐานะความเป็นอยู่

☐ การเงินที่มั่นคง

☐ ค่อนข้างมั่นคง

☐ ปานกลาง

☐ ค่อนข้างยากลำบาก

☐ ลำบาก / ขัดสน

ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว

☐อบอุ่นและมีความสุขมาก

☐อบอุ่นเป็นสุขพอสมควร

☐ ปานกลาง

☐ มีปัญหาบ้างเป็นบางครั้ง

☐ ไม่เคยมีความสุขเลย

8. ข้าพเจ้าเรียนจบชั้นมัธยมปลาย จากโรงเรียน.....เกรดเฉลี่ย.....

วิชาที่ข้าพเจ้าชอบและสนใจมากที่สุด คือ.....

วิชาที่ข้าพเจ้าไม่ถนัดและเกลียดที่สุด คือ.....

9. ปัจจุบันข้าพเจ้า

☐ สำเร็จการศึกษาระดับ.....สาขา.....จาก.....เกรดเฉลี่ย.....

☐ กำลังศึกษาระดับ.....สาขา.....ที่.....

☐ สนใจที่จะศึกษาต่อในระดับ.....สาขา.....ที่.....

10. ขณะศึกษาระดับอุดมศึกษา วิชาที่ข้าพเจ้าชอบมากที่สุด คือ.....และวิชาที่ข้าพเจ้าไม่ถนัดที่สุดคือ.....

11. กิจกรรมทางสังคม ในระหว่างการศึกษา หรือการทำงานที่ผ่านมา ได้แก่

ก.

ข.

ค.

12. ข้าพเจ้าคิดว่าตัวเองจัดอยู่ในระดับ (โปรดทำเครื่องหมายทั้งช่องซ้ายและช่องขวา ช่องละ 1 ☐)

- ความฉลาด
☐ ฉลาดมาก
☐ ฉลาด
☐ ค่อนข้างฉลาด
☐ ปานกลาง
☐ พอเอาตัวรอด

- ความขยัน
☐ ขยันมาก
☐ ขยัน
☐ ค่อนข้างขยัน
☐ ปานกลาง
☐ ขี้เกียจ

13. ข้าพเจ้าคิดว่าตัวเองมีลักษณะนิสัยจัดอยู่ในประเภท (ตอบ 2 ข้อ)

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ เรียบร้อยอ่อนโยน | ☐ ใจน้อยในบางครั้ง | ☐ เข้ากับคนง่าย |
| ☐ ความคิดลึกซึ้ง | ☐ ขี้เกรงใจ | ☐ ชอบคุยโว (ขี้คุย) |
| ☐ โกรธง่ายหายเร็ว | ☐ เอาใจยาก | ☐ ความคิดค่อนข้างรุนแรง |
| ☐ เข้มแข็ง | ☐ ไม่ชอบเสี่ยง | ☐ อื่น ๆ ระบุ..... |

14. จุดเด่นหรือข้อดีของข้าพเจ้า

ก.
ข.

15. ข้อบกพร่องหรือสิ่งที่ควรปรับปรุงแก้ไขในตัวข้าพเจ้า

ก.
ข.

16. ข้าพเจ้ามีเพื่อนสนิท ประมาณ.....คน

17. สถานที่ที่ข้าพเจ้าชอบไปบ่อยที่สุด.....

18. หนังสือที่ข้าพเจ้าชอบอ่านเป็นประจำ คือ.....

19. สิ่งที่ข้าพเจ้าเกลียดมากที่สุดในชีวิต คือ.....

20. ข้าพเจ้าเคยประสบความยากลำบากมากที่สุดในชีวิตเมื่อ.....เรื่อง

.....
.....
.....

21. กิจกรรมยามว่างของข้าพเจ้าคือ.....

22. ข้าพเจ้ามีคติ หรืออุดมการณ์ประจำตัว คือ.....

23. ข้าพเจ้าเห็นว่าสังคมของคนไทยเป็นสังคมที่.....

24. ระบบการปกครองที่น่าจะเหมาะสมกับเมืองไทย คือ.....

25. บุคคลสำคัญ หรือผู้นำที่ข้าพเจ้ายกย่องนับถือเป็นแบบอย่าง คือ.....

26. ข้าพเจ้าคิดว่าคนยากจนเพราะ ☐ ไม่มีความรู้ ☐ ไม่มีความคิด ☐ ไม่มีเงิน

27. หากข้าพเจ้าเก็บเงินตกได้ในป่าโดยไม่มีผู้ใดรู้เห็น ข้าพเจ้าจะ.....

.....
.....

28. ความเป็นธรรมหรือความยุติธรรมของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ

.....
.....
.....

29. คนที่เคยทำงานมาแล้ว 1 ปี กับคนที่เคยทำงานมาแล้ว 3 ปี ใครจะฉลาดกว่ากัน.....

เพราะเหตุใด.....

30. คนที่จบปริญญาตรีสาขาวิชาเดียวจากเมืองไทย และจากอเมริกาใครจะทำงานเก่งกว่ากัน?.....

เพราะเหตุใด.....

31. ขณะนี้ข้าพเจ้าอยู่ระหว่างรอการสอบ / สัมภาษณ์ / รอฟังผลสอบ จาก.....

.....

32. เหตุที่ข้าพเจ้าต้องหางานทำ หรือหางานใหม่ เพราะ.....

.....

33. ข้อบกพร่องของหัวหน้างานที่ข้าพเจ้าเคยพบเห็นมา คือ.....
.....
34. ตั้งแต่ทำงานมาข้าพเจ้าภูมิใจงานในตำแหน่ง.....ที่.....
35. หากข้าพเจ้ามีโอกาสเลือกงาน ข้าพเจ้าขอเลือกงานอาชีพ / ตำแหน่ง.....
36. ความรู้/ประสบการณ์ของข้าพเจ้า สามารถนำมาใช้ในงานที่สมัครครั้งนี้ได้โดย.....
.....
37. การทำงาน ซึ่งข้าพเจ้าทำได้ดีคือ (บอกกระบวนการทำงานมา 1 อย่าง)
.....
.....
38. ข้าพเจ้าจะทำงานได้ดีกว่าถ้าได้ทำงาน ☐ คนเดียว ☐ ร่วมกับผู้อื่น
39. ข้าพเจ้าคิดว่าจะได้รับการคัดเลือกในตำแหน่งงานที่สมัครเนื่องจาก
.....
.....
.....
.....
.....
40. ข้าพเจ้าวางแผนการสำหรับอนาคตไว้ดังนี้.....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

ชื่อ ที่อยู่ ผู้ส่ง....

.....
.....
.....
.....

--	--	--	--	--

(เอกสารการสมัครสอบ)

ชื่อที่อยู่ผู้รับ.....

งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มบริหารสาธารณสุข

รพ.สต.ชุมชนสาธิตวิทยาลัยลักษณะพัฒนา

127 ซอย 8 หมู่ที่ 8 ตำบลไทยบุรี

อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

รหัสไปรษณีย์ 8 0 1 6 0

โทร.08 6480 9608