



## ประกาศโรงพยาบาลน้ำเย็น

เรื่อง บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการสรรหาและเลือกสรรเป็นลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง (รายวัน)

.....

ตามที่ได้มีประกาศ โรงพยาบาลน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี ลงวันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๒ เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ และกำหนดวัน เวลา สถานที่ในการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะลูกจ้างชั่วคราว จำนวน ๑ ตำแหน่ง โดยเปิดรับสมัคร ตั้งแต่วันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๒ - ๔ ตุลาคม ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

บัดนี้ การเลือกสรรได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรร และการขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรร ตามรายชื่อดังต่อไปนี้

### ตำแหน่ง พนักงานธุรการ

ลำดับที่	เลขที่ประจำตัวผู้สมัคร	ชื่อ - สกุล	หมายเหตุ
๑	๐๕	ว่าที่ ร.ต.เกียรติบัณฑิต บุญรัตน์	ผ่านการคัดเลือกลำดับที่ ๑
สำรอง			
๑	๐๖	นางสาวสุพรรณษา หอมอ้ม	ผ่านการคัดเลือกลำดับที่ ๒
๒	๐๗	นายภูมินทร์ พันนางวงศ์	ผ่านการคัดเลือกลำดับที่ ๓
๓	๑๐	นางสาวจิตรลดา ผกาศรี	ผ่านการคัดเลือกลำดับที่ ๔

โดยบัญชีรายชื่อดังกล่าวให้เป็นอันยกเลิกหรือสิ้นสุด เมื่อครบกำหนด ๒ ปี นับตั้งแต่วันที่ ประกาศรายชื่อเป็นต้นไป และอายุบัญชีถ้ามีกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้รายชื่อที่ได้ขึ้นบัญชีไว้เป็นอัน ถูกยกเลิก การขึ้นบัญชีของผู้นั้นด้วย คือ

๑. ผู้นั้นได้ขอสละสิทธิไม่เข้ารับการจัดจ้างในตำแหน่งที่สอบได้
๒. ผู้นั้นไม่มารายงานตัวเพื่อรับการจัดจ้างในเวลาที่กำหนด
๓. ผู้นั้นไม่เข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการตามกำหนดวันเวลาที่ส่วนราชการกำหนด
๔. หากภายหลังปรากฏว่า ผู้ผ่านการเลือกสรรได้ผู้ใดมีคุณสมบัติไม่ตรงตามคุณสมบัติเฉพาะ

ตำแหน่งตามที่ระบุไว้ในประกาศรับสมัครสอบแล้ว จะถือว่าผู้ผ่านการเลือกสรรผู้นั้น เป็นผู้ขาดคุณสมบัติไม่มี สิทธิได้รับการพิจารณาจัดจ้าง

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการเลือกสรรดำเนินการ ดังนี้

ขอให้ผู้ผ่านการเลือกสรรใน

๑. ตำแหน่ง พนักงานธุรการ ลำดับที่ ๑

มารายงานตัว เพื่อเริ่มปฏิบัติงานในวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๒ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๐๐ น.

หากไม่มารายงานตัวตามวันเวลาที่กำหนดจะถือว่าสละสิทธิ

หลักฐานเอกสารสำหรับผู้มารายงานตัว

- |  |              |
|--|--------------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน                      | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน                              | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว                            | จำนวน ๒ รูป  |
| ๔. สำเนาใบแสดงผลการเรียน                         | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. เงินค่าประกัน (จะคืนให้เมื่อครบกำหนดตามสัญญา) | ๕,๐๐๐ บาท    |

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๒

(นายชัยวัฒน์ ดาราสิขณ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำเย็น