



ประกาศคณะแพทยศาสตร์

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเป็นลูกจ้างชั่วคราว สายสนับสนุน ตำแหน่ง ผู้ช่วยพยาบาล
สังกัด คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา

ตามที่ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา ได้ประกาศรับสมัครบุคคล
เป็นลูกจ้างชั่วคราว สายสนับสนุน ตำแหน่ง ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน ๓ อัตรา และได้ดำเนินการสอบสัมภาษณ์
ตำแหน่งดังกล่าว ในวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๔ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว นั้น

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก
ดังนี้

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| ๑. นายวุฒิชัย ทะลิ | ผ่านการคัดเลือก |
| ๒. นายวรพงศ์ ปงคำ | ผ่านการคัดเลือก |
| ๓. นายวรพจน์ ปงคำ | ผ่านการคัดเลือก |
| ๔. นายทวิสันต์ เชื้อสะอาด | ขึ้นบัญชีสำรองลำดับที่ ๑ |
| ๕. นายพงศธร ชูระพอด้า | ขึ้นบัญชีสำรองลำดับที่ ๒ |
| ๖. นางอาพัชรี อินตะนอน | ขึ้นบัญชีสำรองลำดับที่ ๓ |
| ๗. นางสาวจุฑาทิพย์ หมอเก่ง | ขึ้นบัญชีสำรองลำดับที่ ๔ |

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการคัดเลือก (ไม่รวมที่ได้ขึ้นบัญชีสำรอง) ดำเนินการ ดังนี้

๑. มารายงานตัวตามวัน เวลา และสถานที่ ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
พะเยากำหนด หากผู้ผ่านการคัดเลือกไม่มารายงานตัวตามที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
กำหนด จะถือว่าท่านสละสิทธิ์ และกำหนดวัน เวลา และสถานที่รายงานตัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยพะเยา จะแจ้งให้ทราบภายหลัง

๒. กรอกแบบฟอร์มเอกสารแสดงการฉีดวัคซีนและภูมิต้านทานต่อโรคติดเชื้อที่สามารถ
ป้องกันได้ รายละเอียดตามเอกสารแนบท้ายประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุกิจ พันธุ์พิมานมาศ)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์

เอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการแพทยศาสตร์

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเป็นลูกจ้างชั่วคราว สายสนับสนุน ตำแหน่ง ผู้ช่วยพยาบาล

สังกัด คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา

ลงวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๔

เอกสารประกอบการรายงานตัว

- | | |
|---|--------------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๔ ฉบับ |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๔ ฉบับ |
| ๓. รูปถ่ายหน้าตรงชุดสูทสีดำหรือสีกรมท่า ขนาด ๒ นิ้ว และถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน | จำนวน ๔ รูป |
| ๔. สำเนาใบปริญญาบัตร หรือหนังสือรับรองวุฒิ สำเนาใบปริญญาบัตร หนังสือรับรองคุณวุฒิ
ทุกปริญญา จำนวน ๒ ฉบับ | |
| ๕. สำเนาระเบียนผลการเรียน (Transcript) ทุกปริญญา | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๖. ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบัน สาขาเวชกรรม ออกให้ไม่เกินกว่า ๑ เดือน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๗. สำเนาหลักฐานอื่น ๆ เช่น หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล ใบสำคัญการสมรส | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๘. อากรแสดมภ์ ดวงละ ๕ บาท | จำนวน ๔ ดวง |
| ๙. สำเนาหน้าบัญชีธนาคารกรุงไทย หรือธนาคารไทยพาณิชย์ (สาขาภายในจังหวัดพะเยา)
จำนวน ๒ ฉบับ | |
| ๑๐. แบบฟอร์มเอกสารแสดงการฉีดวัคซีนและภูมิคุ้มกันต่อโรคติดเชื้อที่สามารถป้องกันได้ | |
| จำนวน ๑ ฉบับ (รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย) | |

หมายเหตุ รับรองสำเนาเอกสารทุกหน้า



เอกสารแสดงการฉีดวัคซีน และภูมิต้านทานต่อโรคติดเชื้อที่สามารถป้องกันได้
สำหรับ บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา

ชื่อ - สกุล.....

วัน/เดือน/ปี เกิด..... อายุ..... ปี

เหตุผลที่มาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา

เป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

เจ้าหน้าที่ส่วนงาน อาจารย์แพทย์/อาจารย์พยาบาล แพทย์ใช้ทุน/แพทย์ศึกษาต่อยอด

นักศึกษาแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยพยาบาล

นิสิตฝึกปฏิบัติงาน จากสถาบัน (ระบุ)

คณะ..... ชั้นปีที่..... รหัสนิสิต.....

ศึกษาต่อ ในระดับ

ช่วงเวลาที่มาปฏิบัติงาน / วันที่เริ่มปฏิบัติงาน

หน่วยงานที่มาปฏิบัติงาน

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลที่ระบุในเอกสารนี้ เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าทราบว่า เป็นความรับผิดชอบของข้าพเจ้าที่จะต้องแจ้งว่าเกิดโรคติดต่อหรือภาวะทางสุขภาพที่อาจมีผลต่อผู้อื่นในระหว่างปฏิบัติงาน ข้อมูลดังเหล่านี้จะถูกเก็บเป็นความลับ อย่างไรก็ตามในบางโอกาสอาจมีความจำเป็นต้องแจ้งข้อมูลนี้ แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น เมื่อมีการประสอบอุบัติเหตุระหว่างการปฏิบัติงาน หรือแพทย์ผู้ดูแล

.....
(.....)

วันที่...../...../.....

เอกสารแสดงการฉีดวัคซีน และภูมิต้านทานต่อโรคติดเชื้อที่สามารถป้องกันได้

ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง..... แผนก.....

ประวัติการฉีดวัคซีน *โปรดแนบเอกสารการฉีดวัคซีน (เช่น สมุดวัคซีน, ผลเลือด, ผลการอ่านเอกซเรย์

ใช้หวัดใหญ่ประจำปี : Seasonal Influenza vaccine	วันที่รับวัคซีนครั้งสุดท้าย :.....
บาดทะยัก คอตีบ +/- ไอกรน (แบบไม่มีเซลล์) : Tetanus Diphtheria Acellular Pertussis (Tdap) and Tetanus Diphtheria toxoid ควรได้รับการฉีดวัคซีนกระตุ้นด้วย Tdap อย่างน้อยหนึ่งครั้ง ในช่วงอายุผู้ใหญ่ จากนั้น Td ทุก 10 ปี <input type="checkbox"/> ไม่มีประวัติการตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่มีประวัติการรับวัคซีน	วันที่รับวัคซีน Tdap :.....
หัด คางทูม หัดเยอรมัน : Measles, Mumps and Rubella (MMR) ได้รับวัคซีนอย่างน้อย 2 ครั้งมาก่อน หรือมีหลักฐานว่ามีภูมิแล้ว จากการเจาะเลือด <input type="checkbox"/> ไม่มีประวัติการตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่มีประวัติการรับวัคซีน	วันที่รับวัคซีน MMR #1 :..... วันที่รับวัคซีน MMR #2 :..... หรือ *วันที่เจาะเลือดพบมี Positive Measles Antibody Titer :..... *วันที่เจาะเลือดพบมี Positive Mumps Antibody Titer :..... *วันที่เจาะเลือดพบมี Positive Rubella Antibody Titer :.....
โรคสุกใส Varicella (Chicken Pox) : ได้รับวัคซีนอย่างน้อย 2 ครั้งมาก่อน หรือมีหลักฐานว่ามีภูมิแล้ว จากการเจาะเลือด <input type="checkbox"/> ไม่มีประวัติการตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่มีประวัติการรับวัคซีน	วันที่รับวัคซีน #1 :..... วันที่รับวัคซีน #2 :..... หรือ * วันที่เจาะเลือดพบมี Positive Antibody Titer :.....
ไวรัสตับอักเสบบี : Hepatitis B วันที่ได้ฉีดวัคซีนมาก่อน และหลักฐานแสดงว่ามีภูมิต่อไวรัสตับอักเสบบีจากการเจาะเลือด <input type="checkbox"/> ไม่มีประวัติการตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่มีประวัติการรับวัคซีน	วันที่รับวัคซีน #1 :..... วันที่รับวัคซีน #2 :..... วันที่รับวัคซีน #3 :..... และ * HBsAb Titer (วันที่) :..... [] ผลเป็นลบ [] ผลเป็นบวก * HBs Ag (วันที่) :..... [] ผลเป็นลบ [] ผลเป็นบวก
ผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบี : Hepatitis C <input type="checkbox"/> ไม่มีประวัติการตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่มีประวัติการรับวัคซีน	วันที่เจาะ Anti-HCV :.....[] ผลเป็นลบ [] ผลเป็นบวก
ผลการตรวจไวรัสตับอักเสบเอ : Hepatitis A (สำหรับหน่วยโภชนาการ)	วันที่เจาะ HAsAg :.....[] ผลเป็นลบ [] ผลเป็นบวก
วัณโรค หากเคยมีประวัติเป็นวัณโรค ให้แจ้งประวัติและผลการรักษา	ผลการอ่านภาพ X-Ray ทรวงอก วันที่.....
การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 <input type="checkbox"/> มีประวัติการรับวัคซีน <input type="checkbox"/> ไม่มีประวัติการรับวัคซีน	วันที่รับวัคซีน #1 :..... วันที่รับวัคซีน #2 :.....

ขอยืนยันว่าข้อมูลที่ระบุในเอกสารนี้เป็นความจริงทุกประการ

.....
 (.....)

วันที่...../...../.....