



ประกาศมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการสรรหาเพื่อบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย
ครั้งที่ 7 ประจำปีงบประมาณ 2563
(งบประมาณส่วนงาน)

ตามประกาศมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2562 เรื่อง การรับสมัครบุคคล เพื่อสรรหาเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย สังกัดศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ นั้น บัดนี้ คณะกรรมการได้ดำเนินการสรรหาเสร็จเรียบร้อยแล้ว

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 29 มาตรา 34 และมาตรา 43 แห่งพระราชบัญญัติ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พ.ศ. 2559 และข้อบังคับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ว่าด้วยการบริหารงานบุคคล พ.ศ.2559 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ประกอบกับคำสั่งมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ 3804/2561 ลงวันที่ 11 พฤษภาคม 2561 เรื่อง การมอบอำนาจให้ผู้ปฏิบัติการแทนอธิการบดี จึงประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสรรหา ดังบัญชีแนบท้ายประกาศนี้

ให้ผู้ผ่านการสรรหาในตำแหน่งดังกล่าวมารายงานตัวเพื่อจัดทำสัญญาจ้างต่อเจ้าหน้าที่ตั้งแต่วันที่ 9 – 20 มีนาคม 2563 ในวันและเวลาทำการ (08.00 - 16.00 น.) ณ ฝ่ายทรัพยากรบุคคล ชั้น 6 ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน และเริ่มปฏิบัติงานได้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2563 พร้อมนำเอกสาร ไปแสดงในวันรายงานตัว ดังนี้

1. หลักฐานการศึกษาฉบับจริง พร้อมสำเนา จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน (เจ้าตัว , บิดา-มารดา) จำนวน 2 ฉบับ
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 2 ฉบับ
4. ใบรับรองแพทย์
5. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 2 ฉบับ
6. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป
7. กรณีเคยปฏิบัติราชการหน่วยงานใดมาก่อน ต้องนำสำเนาประวัติการรับราชการมาแสดง

ทั้งนี้ มหาวิทยาลัยจะบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย เมื่อได้รับหลักฐานการรายงานตัวครบถ้วน และหากไม่มารายงานตัวตามกำหนดถือว่าสละสิทธิ์ สำหรับผู้ผ่านการสรรหาในลำดับสำรอง จะได้รับการขึ้นบัญชีเพื่อเรียกบรรจุในโอกาสต่อไป และจะยกเลิกบัญชีเมื่อมีอายุ 1 ปีขึ้นไป หรือเมื่อมีการประกาศรับสมัครใหม่ในตำแหน่งเดิม

ประกาศ ณ วันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2563

ร.ร.พ.

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา)
ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
ปฏิบัติการแทน อธิการบดีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รายชื่อแนบท้าย

ตำแหน่งที่ 1 นักจัดการงานทั่วไป (ป.โท) เลขประจำตำแหน่ง (2)7-3040
สังกัด งานบริหารทรัพย์สิน

เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ-สกุล	หมายเหตุ
01005	นางสาวเบญจวรรณ รัตนเลิศ	ผู้ได้รับการคัดเลือก
01006	นางสาวพรรณเพ็ญแข นวลปลอด	สำรองอันดับ 1

ตำแหน่งที่ 2 นักจัดการงานทั่วไป (ป.ตรี) เลขประจำตำแหน่ง (2)7-3004
สังกัด งานซ่อมบำรุง

เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ-สกุล	หมายเหตุ
02001	นายสิริณัฐ ทรงไทรย์	ผู้ได้รับการคัดเลือก
02011	นางสาวเจนจิรา สันกลาง	สำรองอันดับ 1
02005	นางสาวกมลพร สิทธิ	สำรองอันดับ 2

ตำแหน่งที่ 3 ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรม เลขประจำตำแหน่ง (2)7-3073
สังกัด งานทันตกรรม

เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ-สกุล	หมายเหตุ
ไม่มีผู้สมัคร		

ตำแหน่งที่ 4 พนักงานบริการ เลขประจำตำแหน่ง (2)7-2947 , (2)7-3076
สังกัด งานทันตกรรม

เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ-สกุล	หมายเหตุ
ไม่มีผู้ผ่านการสรรหา		

ตำแหน่งที่ 5 พนักงานบริการ เลขประจำตำแหน่ง (2)7-3065
สังกัด สาขาวิชาพยาธิวิทยาคลินิกและกายวิภาค

เลขประจำตัวสอบ	ชื่อ-สกุล	หมายเหตุ
ไม่มีผู้ผ่านการสรรหา		

เอกสารประกอบการบรรจุพนักงานมหาวิทยาลัย

ลำดับที่	เอกสารประกอบการบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย		มี	ไม่มี
	ชื่อ - สกุล			
1	สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 4 ฉบับ			
2	สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 2 ฉบับ			
3	สำเนาทะเบียนบ้านบิดา จำนวน 2 ฉบับ (บิดาเซ็นกำกับ)			
4	สำเนาทะเบียนบ้านมารดา จำนวน 2 ฉบับ (มารดาเซ็นกำกับ)			
5	สำเนาปริญญาบัตร / ใบรับรองการจบการศึกษา(กรณียังไม่รับปริญญา) จำนวน 2 ฉบับ			
6	สำเนาใบแสดงผลการเรียน (Transcript) จำนวน 2 ฉบับ			
7	สำเนาใบประกอบวิชาชีพ จำนวน 2 ฉบับ (ถ้ามี)			
8	รูปถ่าย 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป (ชุดสูท หรือ เสื้อเชิ้ตคอปก)			
9	ใบแจ้งสถานะทางการทหาร จำนวน 2 ฉบับ			
10	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล จำนวน 2 ฉบับ			
11	สำเนาหน้าBookbank ธนาคารกรุงไทยสาขา ปากเกร็ด 2 ฉบับ			
12	หลักฐานกรณีสมรส (สำเนาใบสมรส , สำเนาบัตรประชาชน , สำเนาทะเบียนบ้านคู่สมรส 2 ฉบับ (คู่สมรสเซ็นกำกับ)			
13	หลักฐานกรณีมีบุตร (สำเนาใบสูติบัตร/สำเนาบัตรประชาชน , สำเนาทะเบียนบ้าน 2 ฉบับ (ถ้าบุตรเขียนได้ให้บุตรเซ็นกำกับ)			
14	สำเนาใบรับรองแพทย์ทั่วไป 2 ฉบับ			
	1. โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม			
	2. วัณโรคในระยะอันตราย			
	3. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการ เป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม			
	4. โรคติดยาเสพติดให้โทษ			
	5. โรคพิษสุราเรื้อรัง			
	6. ผลเอ็กซเรย์ปอด			
	7. HBsAg-			
	8. Anti-HBs-			

วัน/เดือน/ปี ที่ส่ง

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

*** กรณีบิดา มารดาเสียชีวิต แนบสำเนาใบมรณะบัตร
 *** กรณีไม่สามารถติดต่อบิดา มารดา ได้ แนบบันทักข้อความชี้แจง