ประกาศมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการสรรหาเพื่อบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย
ครั้งที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2567
(งบประมาณส่วนกลาง)

---

ตามประกาศมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ลงวันที่ 6 พฤศจิกายน 2566 เรื่อง การรับสมัครบุคคลเพื่อสรรหาเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย สังกัดศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒนั้น บัดนี้ได้ดำเนินการสอบสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 29 มาตรา 34 และมาตรา 43 แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พ.ศ. 2559 และข้อบังคับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ว่าด้วยการบริหารงานบุคคล พ.ศ.2559 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ประกอบกับคำสั่งมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ 10189/2563 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2563 เรื่อง การมอบอำนาจให้ผู้ปฏิบัติการแทนอธิการบดี จึงประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสรรหา ดังบัญชีแนบท้ายประกาศนี้

ให้ผู้ผ่านการสรรหาในตำแหน่งดังกล่าวมารายงานตัวเพื่อจัดทำสัญญาจ้างต่อเจ้าหน้าที่ตั้งแต่วันที่ 15 -26 มกราคม 2567 ในวันและเวลาทำการ (08.00 - 16.00 น.) ณ ฝ่ายทรัพยากรบุคคล ชั้น 6 ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน และเริ่มปฏิบัติงานได้ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 พร้อมนำเอกสารไปแสดงในวันรายงานตัว 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 12 มกราคม พ.ศ. 2567

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา)
ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
ปฏิบัติการแทน อธิการบดีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**<u>รายชื่อแนบท้าย</u>**

ตำแหน่งที่ 1 นักกายภาพบำบัด เลขประจำตำแหน่ง (1)7-3980 , (1)7-2045
สังกัดสาขาวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ฝ่ายการแพทย์

| เลขประจำตัวสอบ | ชื่อ-สกุล | หมายเหตุ |
|---|---|---|
| 101002 | นางสาวณัชชา ไชยบุดดี | ผ่านการคัดเลือก |
| 101004 | นายฉัตรชัย จีนจร | ผ่านการคัดเลือก |

ตำแหน่งที่ 2 ผู้ปฏิบัติงานทั่วไป เลขประจำตำแหน่ง (1)7-2307
สังกัดงานคลัง สำนักงานศูนย์

| เลขประจำตัวสอบ | ชื่อ-สกุล | หมายเหตุ |
|---|---|---|
| ไม่มีผู้สอบผ่าน | | |

ตำแหน่งที่ 3 ผู้ปฏิบัติงานเภสัชกรรม เลขประจำตำแหน่ง (1)7-3889 , (1)7-2198
สังกัดงานเภสัชกรรม ฝ่ายการแพทย์

| เลขประจำตัวสอบ | ชื่อ-สกุล | หมายเหตุ |
|---|---|---|
| ไม่มีผู้สมัคร | | |

ตำแหน่งที่ 4 ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรม เลขประจำตำแหน่ง (1)7-5779
สังกัดงานทันตกรรม ฝ่ายการแพทย์

| เลขประจำตัวสอบ | ชื่อ-สกุล | หมายเหตุ |
|---|---|---|
| 104001 | นางสาวธนิตา แฟงสุวรรณ | ผ่านการคัดเลือก |

ตำแหน่งที่ 5 พนักงานบริการ เลขประจำตำแหน่ง (1)7-2161 , (1)7-6537
สังกัดงานเภสัชกรรม ฝ่ายการแพทย์

| เลขประจำตัวสอบ | ชื่อ-สกุล | หมายเหตุ |
|---|---|---|
| 105004 | นายไชยวัฒน์ อินทรสกล | ผ่านการคัดเลือก |
| 105007 | นางสาวมุธิชา เย็นอยู่ | ผ่านการคัดเลือก |

ตำแหน่งที่ 6 พนักงานบริการ (หมอนวดแผนไทย) เลขประจำตำแหน่ง (1)7-2177 , (1)7-2182
สังกัดสาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ฝ่ายการแพทย์

| เลขประจำตัวสอบ | ชื่อ-สกุล | หมายเหตุ |
|---|---|---|
| 106001 | นางสาวเกษร บุญเลา | ผ่านการคัดเลือก |

**เอกสารประกอบการบรรจุพนักงานมหาวิทยาลัย**

| ลำดับที่ | เอกสารประกอบการบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย<br>ชื่อ - สกุล | มี | ไม่มี |
|---|---|---|---|
| 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 | สำเนาใบรับรองแพทย์ 2 ฉบับ | | |

วัน/เดือน/ปี ที่ส่ง

.....

(.....)

*** กรณีบิดา มารดาเสียชีวิต แนบสำเนาใบมรณะบัตร

*** กรณีไม่สามารถติดต่อบิดา มารดา ได้ แนบบันทึกข้อความชี้แจง