



ประกาศโรงพยาบาลกุมภวาปี
เรื่อง รับสมัครคัดเลือกเพื่อรับทุนสนับสนุนการศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต (รังสีเทคนิค)
โรงพยาบาลกุมภวาปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ด้วย โรงพยาบาลกุมภวาปี จะดำเนินการคัดเลือกเพื่อรับทุนสนับสนุนการศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต (รังสีเทคนิค) ฉะนั้นอาศัยอำนาจตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงประกาศรับสมัครคัดเลือกเพื่อรับทุนสนับสนุนการศึกษาดังกล่าว ดังนี้

๑. ทุนสนับสนุนการศึกษา

กำหนดให้ทุนสนับสนุนการศึกษาแก่ นักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรปริญญาตรีสาขาวิชารังสีเทคนิค หลักสูตร ๔ ปี ตามที่มหาวิทยาลัยผู้สอนกำหนด และต้องเป็นหลักสูตรที่ผ่านการรับรองโดยกรมการวิชาชีพรังสีเทคนิค จำนวน ๒ ทุน (๑๐๐,๐๐๐ บาท/ปี)

๒. ข้อมูลพื้นฐานในการรับทุน

๒.๑ ผู้รับทุนจะต้องมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกุมภวาปี เป็นระยะเวลาเท่ากับระยะเวลาในการรับทุน

๒.๒ กรณีผู้ได้รับทุนไม่สามารถเข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกุมภวาปี ผู้รับทุนจะต้องยินยอมชดใช้เงินคืนเท่ากับเงินทุนที่ได้รับไป

๓. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ

ผู้มีสิทธิสมัครคัดเลือกต้องมีคุณสมบัติดังนี้

๓.๑ มีคุณสมบัติทั่วไปและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ ยกเว้นเรื่องอายุตาม ก. คุณสมบัติทั่วไป (๒) ของมาตรา ๓๖ นี้ ผู้สมัครมีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปีได้

๓.๒ เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค ในระดับอุดมศึกษา อยู่ระหว่างชั้นปีที่ ๒ หรืออยู่ระหว่างชั้นปีที่ ๓ หรืออยู่ระหว่างชั้นปีที่ ๔ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘

๓.๓ มีความประพฤติดี มีสุขภาพดี ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อประโยชน์ส่วนรวมของนักศึกษา

๓.๔ ไม่เคยกระทำความผิดวินัยนักศึกษา

๓.๕ ไม่อยู่ในระหว่างรับทุนที่มีสัญญาผูกพันในการปฏิบัติงานชดใช้ใดๆ

๓.๖ ยินดีรับข้อมูลผูกพันตามเงื่อนไข

๔. การสมัคร

๔.๑ ผู้สมัครจะสมัครคัดเลือก สามารถดูรายละเอียดได้ที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ ชั้น ๓ โรงพยาบาลกุมภวาปี และทางเว็บไซต์ โรงพยาบาลกุมภวาปี www.kumpawapihospital.go.th พร้อมทั้งสามารถพิมพ์แบบฟอร์มที่ใช้ในการสมัครได้ในเว็บไซต์ดังกล่าว

๔.๒ กำหนดวันรับสมัคร

๑. กรณียื่นใบสมัครด้วยตนเอง แบบ On-site

ผู้สนใจดาวน์โหลดใบสมัคร ได้ที่ www.kumpawapihospital.go.th และสมัครได้ด้วยตนเอง ที่กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ ชั้น ๓ โรงพยาบาลกุ่มกาวปี ตั้งแต่วันที่ ๑ - ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๘ เปิดรับสมัครเวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๐๐ น. เว้นวันหยุดราชการ

๒. กรณียื่นใบสมัครด้วยตนเอง แบบผ่านระบบ On-line

ให้ผู้ประสงค์จะสมัคร ดำเนินการดังนี้

๑) เข้าสู่เว็บไซต์ <https://workspace.moph.go.th>

๒) สมัครสมาชิกใช้งานระบบสมัครงาน

๓) ค้นหาประกาศรับสมัครงานของโรงพยาบาลกุ่มกาวปี ในตำแหน่งที่สนใจสมัคร

๔) กรอกรายละเอียดข้อมูลต่างๆ ให้ครบถ้วน พร้อมแนบไฟล์ต่างๆที่เกี่ยวข้อง

๕) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แล้วกดยื่นใบสมัครงานผ่านระบบ Online

ทั้งนี้ สามารถยื่นใบสมัครผ่านระบบ Online ได้ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๐.๐๐ น. ถึงวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๘ เวลา ๑๖.๐๐ น. ไม่เว้นวันหยุดราชการ

๔.๓ เอกสารและหลักฐานที่ต้องยื่นในการสมัคร

๑) ใบสมัครที่พิมพ์จากอินเทอร์เน็ตรูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาดำถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี นับถึงวันที่ปิดรับสมัคร ลงลายมือชื่อในใบสมัครให้ครบถ้วน พร้อมแนบหลักฐาน ประกอบการสมัคร

๒) สำเนาทะเบียนบ้าน

๓) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

๔) ใบรายงานผลการศึกษา

๕) หนังสือรับรองการเป็นนักศึกษา

๖) สำเนาทะเบียนบ้านบิดา/มารดาหรือผู้อุปการะ

๗) สำเนาบัตรประชาชนบิดา/มารดาหรือผู้อุปการะ

๘) ในการสมัครสอบ ผู้สมัครคัดเลือกต้องตรวจสอบและรับรองตนเองว่ามีคุณสมบัติตรงตามประกาศรับสมัครคัดเลือกจริง รวมทั้งกรอกรายละเอียดต่างๆ ให้ถูกต้องครบถ้วน ตรงตามความเป็นจริงหากปรากฏภายหลังว่าผู้สมัครคัดเลือกผู้ใดมีคุณสมบัติไม่ตรงตามประกาศรับสมัครคัดเลือก หรือมีความผิดพลาดอันเกิดจากผู้สมัครคัดเลือก จะถือว่าผู้นั้นเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครคัดเลือกในครั้งนั้นมาตั้งแต่นั้น

ทั้งนี้ในสำเนาหลักฐานทุกฉบับให้ผู้สมัครเขียนคำรับรองว่า “สำเนาถูกต้อง” และลงชื่อกำกับไว้ด้วย

๕. การประกาศรายชื่อผู้สมัครคัดเลือก วันเวลา สถานที่ และระเบียบการคัดเลือก

โรงพยาบาลกุ่มกาวปี จะประกาศรายชื่อผู้สมัคร และกำหนดวัน เวลา สถานที่สอบและวิธีการสอบ จะแจ้งให้ทราบในวันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๘ ณ บอร์ดประกาศข่าว กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ ชั้น ๓ โรงพยาบาลกุ่มกาวปี และทางเว็บไซต์โรงพยาบาลกุ่มกาวปีที่ www.kumpawapihospital.go.th (หัวข้อข่าวสาร สมัครงาน)

๖. วิธีการคัดเลือก (การประเมินความเหมาะสมของผู้รับทุน)

คณะกรรมการคัดเลือก ฯ จะประเมินความเหมาะสมของบุคคลเพื่อรับจากเอกสารข้อมูลของผู้สมัคร ประวัติส่วนตัว ประวัติการศึกษา รวมทั้งความเหมาะสมในด้านต่างๆ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติราชการ เช่น ความรู้พื้นฐานในวิชาชีพ ความสามารถทางภาษาอังกฤษ ความตั้งใจ ทศนคติต่อการได้รับทุนในการศึกษา ประสบการณ์ ท่วงทีวาจา อุปนิสัย อารมณ์ การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น การปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมและบุคลิกภาพอย่างอื่น เป็นต้น โดยวิธีการสัมภาษณ์ และ/หรือโดยการพิจารณาประเมินด้วยวิธีการต่างๆ หลายวิธีรวมกัน

๗. การทำสัญญา

ผู้มีสิทธิได้รับทุนต้องทำสัญญาที่โรงพยาบาลกุมภวาปีกำหนด โดยวัน เวลา และสถานที่ในการจัดทำสัญญา โรงพยาบาลกุมภวาปี จะกำหนดให้ผู้รับทุนทราบในภายหลัง

๘. การรับทุน

ผู้ได้รับทุนจะได้รับเงินทุนเมื่อทำสัญญาเสร็จสิ้นแล้ว โดยจะได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาในอัตราปีการศึกษาละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งแสนบาทถ้วน)

๙. การเพิกถอนการให้ทุน

โรงพยาบาลกุมภวาปี จะพิจารณาการเพิกถอนการให้ทุนแก่ผู้มีสิทธิได้รับทุน หากเข้ากรณีใดกรณีหนึ่งดังนี้

๑) ตาย

๒) แพทย์ของทางราชการ ซึ่งผู้รับสัญญากำหนดได้ตรวจและรับรองเป็นลายลักษณ์อักษรว่าไม่สามารถปฏิบัติงานได้เพราะเจ็บป่วย

๓) ถูกสั่งให้ออกจากราชการ เพราะเป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้หรือเป็นคนไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ หรือเป็นโรคตามที่กำหนดในกฎ ก.พ.

๔) โรงพยาบาลกุมภวาปี ไม่สามารถรับเข้าปฏิบัติงานได้

วัน เวลา และสถานที่ อาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม ทั้งนี้ เป็นหน้าที่ของผู้สมัครที่จะต้องติดตามข้อมูลข่าวสารในการรับสมัครอย่างต่อเนื่อง อนึ่ง โรงพยาบาลกุมภวาปี เป็นสถานที่ราชการ กรุณาแต่งกายสุภาพ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๘



(นายสุนน ตั้งสุนทรวิวัฒน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี

ใบสมัครขอรับการคัดเลือกเพื่อรับทุนสนับสนุนการศึกษา
หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (รังสีเทคนิค)
โรงพยาบาลกุมภวาปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

รูปถ่าย
1 นิ้ว

เลขที่สมัคร

ข้าพเจ้าชื่อ (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑. ประวัติส่วนตัวผู้สมัครขอรับทุน

๑.๑ วัน เดือน ปีเกิด นับถือศาสนา.....

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ.....

๑.๒ ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ.....

๒. ประวัติการศึกษาและการรับทุนการศึกษา

๒.๑ ผู้สมัครจบการศึกษาระดับ..... จากสถานศึกษา.....

เกรดเฉลี่ยสะสม.....

๒.๒ ☐ เคยได้รับทุนการศึกษา

ปีการศึกษา	ประเภท	ชื่อทุนการศึกษา	จำนวนเงิน

๒.๓ ☐ ไม่เคยได้รับทุนการศึกษา

๓. ครอบครัว/ผู้อุปการะ

๓.๑ ชื่อ/สกุล บิดา..... ☐ มีชีวิตอยู่ อายุ.....ปี ☐ ถึงแก่กรรม

อาชีพบิดา (โปรดระบุรายละเอียดลักษณะอาชีพ).....

สถานที่ทำงานบิดา.....

โทรศัพท์มือถือ.....

๓.๒ ชื่อ/สกุล มารดา..... ☐ มีชีวิตอยู่ อายุ.....ปี ☐ ถึงแก่กรรม

อาชีพมารดา (โปรดระบุรายละเอียดลักษณะอาชีพ).....

สถานที่ทำงานมารดา.....

โทรศัพท์มือถือ.....

๒/๓.๓ ชื่อ/สกุล...

๓.๓ ชื่อ/สกุล ผู้อุปการะ (กรณีไม่มีบิดา/มารดา).....อายุ.....ปี
รายได้พิเศษ (ถ้ามีโปรดระบุ).....บาทต่อปี อาชีพของผู้อุปการะ.....
สถานที่ทำงาน.....
โทรศัพท์มือถือ.....

๓.๔ สถานภาพครอบครัว

- ☐ บิดา - มารดา อยู่ร่วมกัน
☐ แยกกันอยู่ชั่วคราว () บิดาส่งเสีย () มารดาส่งเสีย () บิดา/มารดาไม่ได้ส่งเสีย
☐ หย่าร้าง () บิดาส่งเสีย () มารดาส่งเสีย () บิดา/มารดาไม่ได้ส่งเสีย
☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

๓.๕ ข้าพเจ้ามีพี่น้อง.....คน (รวมทั้งผู้ขอทุน) ผู้ขอทุนเป็นบุตร-ธิดา คนที่.....

๔. รายรับ/รายจ่ายในภาคการศึกษาที่ผ่านมา

รายรับ

รับเงินค่าอาหาร () วันละ () สัปดาห์ละ () เดือนละ.....บาท จาก.....
รับทุนเดือนละ.....บาท

ทำงานหารรายได้พิเศษคือ.....รายได้ () สัปดาห์ละ () เดือนละ.....บาท

รวมรายได้ทั้งสิ้นประมาณ () วันละ () สัปดาห์ละ () เดือนละ.....บาท

รายจ่าย

รับประทานอาหารเช้า () ที่บ้าน () ที่สถานศึกษา () ที่อื่น.....บาท

รับประทานอาหารกลางวัน () ที่บ้าน () ที่สถานศึกษา () ที่อื่น.....บาท

รับประทานอาหารเย็น () ที่บ้าน () ที่สถานศึกษา () ที่อื่น.....บาท

ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง วันละ.....บาท

ค่าใช้จ่ายในการศึกษา วันละ.....บาท

รวมรายได้ทั้งสิ้นประมาณ () สัปดาห์ละ () เดือนละ.....บาท

๕. สุขภาพ

- ข้าพเจ้าเคยเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายเมื่อปี.....ด้วยโรค.....

รวมระยะเวลาที่ต้องรักษา.....วัน

- ข้าพเจ้าเคยได้รับการรักษาและต้องอยู่โรงพยาบาลเมื่อปี.....ด้วยโรค.....

รวมระยะเวลาที่รับรักษา.....วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษา.....บาท

- โรคที่ข้าพเจ้าเจ็บป่วยบ่อยที่สุด คือ.....

- มีการใช้บริการบัตรสุขภาพประจำโรงพยาบาล.....

๖. กิจกรรมนอกหลักสูตรภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย

() กิจกรรมของมหาวิทยาลัย.....

.....

.....

.....

.....

() กิจกรรมนอกมหาวิทยาลัย และอื่นๆ.....

.....

.....

.....

๗. อาจารย์ที่ปรึกษาจากมหาวิทยาลัย สามารถสอบถามได้

ชื่อ-สกุล.....หมายเลขติดต่อ.....

ชื่อ-สกุล.....หมายเลขติดต่อ.....

๘. หากสำเร็จการศึกษาแล้ว ข้าพเจ้ามีความตั้งใจจะประกอบอาชีพ (เลือกคำตอบเดียว)

() รับราชการ () ทำงานอิสระกับครอบครัว () ทำงานกับเอกชน

() ทำงานรัฐวิสาหกิจ () ทำงานธนาคาร

() อื่นๆ (โปรดระบุ.....) () ยังไม่ได้คิดล่วงหน้า

๙. หลักฐานหรือเอกสารประกอบการขอรับทุนที่แนบมาพร้อมใบสมัคร

() ใบรายงานผลการศึกษา

() สำเนาบัตรประชาชนของผู้สมัคร/บิดา มารดาหรือผู้อุปการะ พร้อมเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง

() สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร/บิดา มารดาหรือผู้อุปการะ พร้อมเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง

() ใบรับรองแพทย์

() เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่กรอกไว้ในใบสมัครและหลักฐานเอกสารประกอบการสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการโดยยินยอมให้มีการตรวจสอบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสภาพของครอบครัว และตัวข้าพเจ้า หากตรวจสอบภายหลังพบว่าข้อมูลบางส่วนหรือทั้งหมดเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้ายินยอมخذเงินทุนการศึกษา หรือเงินอื่นๆ ที่ได้รับจากโรงพยาบาลกุมภวาปีทั้งหมด

(ลงชื่อ) ผู้สมัครขอรับทุน

(.....)

วันที่

เดือน

พ.ศ.

(ลงชื่อ) บิดา/มารดา หรือผู้อุปการะของผู้สมัครขอรับทุน

(.....)

วันที่

เดือน

พ.ศ.