



ประกาศกรมแพทยทหารเรือ
เรื่อง รับสมัครนักศึกษาเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญาชดใช้ทุนเพื่อมาปฏิบัติงานในสังกัดกองทัพบเรือ
ปีงบประมาณ ๒๕๖๙

กรมแพทยทหารเรือ รับสมัครนักศึกษาเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญาชดใช้ทุนกับทางราชการ เพื่อมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดกองทัพบเรือ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙ โดยบรรจุในตำแหน่งอัตราพนักงานสถานพยาบาล ดังนี้

๑. สถานที่ปฏิบัติงาน

๑.๑ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ แขวงบุคคล เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร จำนวน ๔ อัตรา

๑.๒ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทยทหารเรือ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี จำนวน ๑๐ อัตรา

๒. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๒.๑ เป็นนักศึกษาเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญาชดใช้ทุนกับรัฐบาล ซึ่งจะสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา ๒๕๖๘ ภายในเดือน เมษายน ๒๕๖๙ ซึ่งมีผู้ได้รับทุนที่มีข้อผูกพันตามสัญญาของหน่วยให้ทุนหรือรับทุนตามโครงการใดๆ ที่กำหนดให้เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วต้องไปปฏิบัติงานกับหน่วยให้ทุนหรือโครงการฯ และเป็นผู้ที่เคยแสดงความจำนงค์ไม่ประสงค์ชดใช้ทุน หรือไม่ผ่านการคัดเลือกเข้าปฏิบัติงานชดใช้ทุน

๒.๒ เป็นผู้มีสัญชาติไทย

๒.๓ เป็นผู้เลื่อมใสในการปกครองระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข

๒.๔ มีอวัยวะ รูปร่าง ลักษณะท่าทาง และขนาดของร่างกายเหมาะสมแก่การเป็นทหาร

๒.๕ ไม่เป็นผู้ที่มีร่างกายพิการ ทุพพลภาพ หรือมีโรคซึ่งไม่สามารถจะรับราชการทหารได้ตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในกฎหมายว่าด้วยการรับราชการทหาร และมีสุขภาพจิตปกติ

๒.๖ ไม่เป็นผู้บกพร่องในศีลธรรมอันดีงาม

๒.๗ ไม่เป็นผู้มีหนี้สินล้นพ้นตัว หรือเป็นบุคคลล้มละลายตามคำพิพากษาของศาล

๒.๘ ไม่เป็นผู้ที่เคยถูกให้ออกจากราชการ เพราะมีความผิดหรือมีมลทินหรือมัวหมอง

๒.๙ ไม่เป็นผู้ที่อยู่ในระหว่างพักราชการ

๒.๑๐ ไม่เป็นผู้ที่เคยต้องโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาลในคดีอาญา ยกเว้นความผิดฐานประมาท หรือลหุโทษ

๒.๑๑ ไม่เป็นผู้เสพยาเสพติด หรือสารเคมีเสพติดให้โทษหรือมีประวัติคดีอาญาในข้อหาเกี่ยวกับยาเสพติด

๓. หลักฐานการสมัคร

๓.๑ รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป

๓.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร บิดาและมารดาของผู้สมัคร คนละ ๑ ชุด หากมีการเปลี่ยนชื่อ นามสกุล ให้แนบใบเปลี่ยนชื่อ หรือเปลี่ยนนามสกุล

๓.๓ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้สมัคร บิดาและมารดาของผู้สมัคร คนละ ๑ ชุด

๓.๔ หลักฐาน

๓.๔ หลักฐานการรับราชการทหาร(เฉพาะชาย) ได้แก่ สด.๘ หรือ สด.๔๓

๓.๕ ระเบียบแสดงผลการศึกษา (TRANSCRIPT) ตั้งแต่ชั้นปีที่ ๑ ถึงปัจจุบัน

๓.๖ หลักฐานการสอบประเมินความรู้ความสามารถเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

๓.๗ เอกสารแสดงความสามารถพิเศษ อาทิ การใช้ภาษาอังกฤษ และอื่นๆ (ถ้ามี)

๔. การคัดเลือก

๔.๑ ให้ผู้สมัครเข้ารับการสอบคัดเลือกในวัน เวลา สถานที่ที่กำหนด โดยรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการสอบ วัน เวลา สถานที่สอบสัมภาษณ์ จะแจ้งให้ทราบภายหลัง

๔.๒ เกณฑ์การคัดเลือกพิจารณาจากผลการเรียน ลักษณะทางทหาร ความเป็นผู้นำ และทัศนคติที่มีต่อกองทัพเรือ

๕. ประกาศผลการคัดเลือก ภายในวันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๙ ณ กองบังคับการ กรมแพทย์ทหารเรือ และเว็บไซต์ www.nmd.go.th

๖. ผู้ได้รับคัดเลือกที่จะได้รับการจัดสรรให้ปฏิบัติงานชุดใช้ทุนในกองทัพเรือ ตามข้อผูกพันของสัญญานักศึกษาเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญาชุดใช้ทุน ต้องเป็นผู้ได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมแล้ว

๗. ผู้มีความประสงค์ให้ยื่นใบสมัครตามแบบท้ายประกาศพร้อมหลักฐาน ที่ กองกำลังพล กรมแพทย์ทหารเรือ ชั้น ๒ อาคารกองบังคับการ กรมแพทย์ทหารเรือ ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบুদ্ধโล เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร โทร.๐ ๒๔๗๕ ๒๕๕๓ ในวันและเวลาปฏิบัติงาน ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๙ กรณีส่งใบสมัครทางไปรษณีย์ให้ส่งถึง หัวหน้ากองกำลังพล กองบังคับการ กรมแพทย์ทหารเรือ ชั้น ๒ อาคารกองบังคับการ กรมแพทย์ทหารเรือ ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบুদ্ধโล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๙ โดยถือตามวันที่ประทับตราไปรษณีย์

ทั้งนี้ สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ กองกำลังพล กรมแพทย์ทหารเรือ หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๔๗๕ ๒๕๕๓ และ ๐ ๒๔๗๕ ๒๘๐๕ ในวันและเวลาราชการ

ประกาศ

ณ

วันที่

๒๓

ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๘

พลเรือโท



(สมชาย จันทโรธร)

เจ้ากรมแพทย์ทหารเรือ

**แบบใบสมัครของนักศึกษาเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญาขอใช้ทุน
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔**

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
ชื่อ นามสกุล บิดา.....
สถานที่ติดต่อ.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....
ชื่อ นามสกุล มารดา.....
สถานที่ติดต่อ.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....
สำเร็จการศึกษาจากสถาบัน.....
ผลการเรียน(GPAX).....เรียน ร.ด.(เฉพาะชาย).....ปี
สถานที่ติดต่อ.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....ไลน์ไอดี.....
E mail address.....
หน่วยงานที่ประสงค์ปฏิบัติงานขอใช้ทุน (ทำเครื่องหมาย x ในช่องที่ต้องการ)
☐ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า แขวงบुकโคโล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ
☐ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)
(.....)
...../...../.....

เอกสารที่แนบมาด้วย

๑. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ ใบ
๒. สำเนาทะเบียนบ้านผู้สมัคร บิดา และมารดา
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้สมัคร บิดา และมารดา
๔. หลักฐานการรับราชการทหาร เช่น สด.๘ สด.๔๓ (เฉพาะชาย)
๕. Transcript ตั้งแต่ชั้นปี ๑ – ปัจจุบัน
๖. หลักฐานการสอบประเมินและรับรองความรู้ เพื่อรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ
๗. หลักฐานแสดงความสามารถการใช้ภาษาฯ ความสามารถพิเศษ (ถ้ามี)