

**เอกสารที่ใช้ในการสมัคร**  
บุคคลภายนอกช่วยปฏิบัติราชการฯ

รับวันที่

ชื่อ.....	
ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....	
นัดสัมภาษณ์ วันที่.....	
นัดตรวจสุขภาพ/เขียนสัญญา วันที่.....	
เริ่มงาน วันที่.....	
<b>เฉพาะบุคคลภายนอกที่เปลี่ยนตำแหน่งจาก บุคคลภายนอก เป็น บุคคลภายนอกทางการสาธารณสุข</b> / สนใจต่อการขึ้นสิทธิประกันตนประกันสังคม เขียนใบคำร้อง พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน	
	รูปถ่าย
	สำเนาบัตรประชาชน
	สำเนาทะเบียนบ้าน
	สำเนาประกาศนียบัตร หรือ สำเนาปริญญาบัตร
	สำเนาระเบียนแสดงผลการเรียนภาษาไทย
	สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (เฉพาะแพทย์, พยาบาล, เกษีษกร)
	สำเนาใบแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเฉพาะทาง (วุฒิบัตรจากแพทย์สภา) (เฉพาะแพทย์เฉพาะทาง)
	ใบรับรองแพทย์
<b>เอกสารอื่นๆ</b>	
	สำเนาใบสำคัญการสมรส (คร.๓) หน้า-หลัง
	สำเนาใบทะเบียนสมรส (คร.๒) หน้า-หลัง
	สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล
	สำเนาใบสำคัญการหย่า (คร.๗) หน้า-หลัง
	สำเนาทะเบียนหย่า (คร.๖) หน้า-หลัง
<b>เอกสารทางทหาร (เฉพาะเพศชาย)</b>	
	สำเนาใบสำคัญทหารกองเกิน แบบ สด.๙ หน้า-หลัง (พ.ศ.เกิด + ๑๗ -๒๐ ปี)
	สำเนาทหารกองหนุน แบบ สด.๘ หน้า-หลัง (อายุ ๒๑ ปีขึ้นไป)
	สำเนาทหารกองประจำการ แบบ สด.๔๓ หน้า-หลัง (อายุ ๒๑ ปีขึ้นไป)
<b>สำหรับเจ้าหน้าที่</b>	
	ข้อตกลงการช่วยปฏิบัติราชการฯ
	คะแนนสอบสัมภาษณ์

**หมายเหตุ การเกณฑ์ทหาร**

อายุ ๑๘ ขึ้นทะเบียนรับ สด.๙

อายุ ๒๐ ปี ไปรับหมายเรียก สด.๓๕ พร้อมทำเรื่องผ่อนผันได้

อายุ ๒๑ ปี ไปเกณฑ์ทหาร

อายุ ๒๑ ปีขึ้นไป ถ้าทำเรื่องผ่อนผัน จะได้ใบ สด.๔๓ เขียนว่าผ่อนผันตามมาตรา ๒๙(๓)

ผ่อนผันทหารได้ถึงอายุ ๒๖ ปี

เรียน รด.๓ ปี จะได้รับใบ สด.๘ ในปีถัดไป ระหว่างนี้จะมีใบรับรองว่าเรียนจบ รด. และมีเอกสารประจำตัวแสดงว่าเรียน รด.



ลำดับ.....

ใบสมัครเข้ารับราชการเป็นบุคคลภายนอกช่วยปฏิบัติราชการ  
ของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ติดรูปถ่าย  
ขนาด ๑ นิ้ว  
หรือ ๒ นิ้ว

๑. ประวัติส่วนตัว

๑.๑ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี.....เดือน  
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
สถานที่เกิด อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

๑.๒ สถานภาพทางครอบครัว  โสด  สมรส  หย่าร้าง  หม้าย  
ชื่อ-สกุล คู่สมรส.....

๑.๓ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....ออกให้ ณ อำเภอ/เขต.....  
วันที่ออกบัตร.....เดือน.....พ.ศ.....หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑.๔ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

๑.๕ ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

๑.๖ บุคคลที่สามารถติดต่อได้ทันที ชื่อ.....นามสกุล.....ความสัมพันธ์.....  
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
โทรศัพท์.....ชื่อสถานที่ทำงาน.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

๑.๗ ประวัติการศึกษา

วุฒิมัธยมศึกษา.....สาขา/วิชาเอก.....

จากสถานศึกษา.....

วุฒิมัธยมศึกษา.....สาขา/วิชาเอก.....

จากสถานศึกษา.....

วุฒิมัธยมศึกษา.....สาขา/วิชาเอก.....

จากสถานศึกษา.....

๑.๘ ปัจจุบันทำงานในตำแหน่ง.....ชื่อสถานที่ทำงาน.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....ถึงเดือน.....พ.ศ.....

๑.๙ เคยรับราชการเป็นข้าราชการ/ลูกจ้าง.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....

ออกจากราชการเพราะ.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑.๑๐ ขอสมัครเป็นบุคคลภายนอกฯตำแหน่ง.....  
สังกัด.....  
.....

**๒. ความรู้ ความสามารถ/ทักษะพิเศษ**

.....  
.....

**๓. คุณสมบัติทั่วไปและลักษณะต้องห้าม**

- ๓.๑ ข้าพเจ้าเป็นผู้เลื่อมใสในการปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุขด้วยความบริสุทธิ์ใจ
- ๓.๒ ข้าพเจ้าไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ คนไร้ความสามารถ คนเสมือนไร้ความสามารถ คนวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ หรือเป็นโรค ดังต่อไปนี้
- (ก) วัณโรคในระยะแพร่กระจายเชื้อ
  - (ข) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
  - (ค) โรคติดยาเสพติดให้โทษ
  - (ง) โรคพิษสุราเรื้อรัง
  - (จ) โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน

ในหน้าที่ตามที่ปลัดกรุงเทพมหานครกำหนด

- ๓.๓ ข้าพเจ้าไม่เป็นผู้อยู่ในระหว่างถูกสั่งพักราชการหรือถูกสั่งให้ออกจากราชการไว้ก่อนตามข้อบังคับกรุงเทพมหานครว่าด้วยการบริหารทรัพยากรบุคคลของลูกจ้างกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๒ หรือตามกฎหมายอื่น
- ๓.๔ ข้าพเจ้าไม่เป็นผู้บกพร่องในศีลธรรมอันดีจนเป็นที่รังเกียจของสังคม
- ๓.๕ ข้าพเจ้าไม่เป็นผู้คลุ้มคลั่ง
- ๓.๖ ข้าพเจ้าไม่เป็นผู้เคยต้องรับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุกเพราะกระทำความผิดทางอาญาเว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- ๓.๗ ข้าพเจ้าไม่เป็นผู้เคยถูกลงโทษให้ออก ปลดออกหรือไล่ออก เพราะกระทำผิดวินัยจากส่วนราชการรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานอื่นของรัฐ
- ๓.๘ ข้าพเจ้าไม่เป็นผู้เคยถูกลงโทษให้ออกหรือปลดออกเพราะกระทำผิดวินัยตามข้อบังคับกรุงเทพมหานครว่าด้วยการบริหารทรัพยากรบุคคลของลูกจ้างกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๒ หรือตามกฎหมายอื่น
- ๓.๙ ข้าพเจ้าไม่เป็นผู้เคยถูกลงโทษไล่ออก เพราะกระทำผิดวินัยตามข้อบังคับกรุงเทพมหานครว่าด้วยการบริหารทรัพยากรบุคคลของลูกจ้างกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๒ หรือตามกฎหมายอื่น
- ๓.๑๐ ข้าพเจ้าไม่เป็นผู้เคยกระทำการทุจริตในการสอบเข้ารับราชการ หรือเข้าปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวทั้งหมดในใบสมัครนี้ รวมถึงเอกสารที่แนบเป็นความจริงถูกต้องทุกประการ ทั้งนี้ เมื่อมีการตรวจสอบเอกสารหรือคุณสมบัติของข้าพเจ้าในภายหลัง ปรากฏว่าข้าพเจ้ามีคุณสมบัติไม่ตรงตามประกาศรับสมัครสอบ ให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครสอบครั้งนี้ และข้าพเจ้าจะไม่ใช้สิทธิเรียกร้องใดๆ ทั้งสิ้น และกรณีข้าพเจ้าจงใจกรอกข้อความอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดทางอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

ยื่นใบสมัครวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

**หมายเหตุ**

๑. ผู้สมัครต้องกรอกใบสมัครด้วยตนเองและลงลายมือชื่อต่อเจ้าหน้าที่รับสมัคร
๒. ตีรูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาดำ (ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน)
๒. ผู้สมัครรับรองสำเนาถูกต้องของเอกสารและหลักฐานประกอบการรับสมัครทุกฉบับ

สำหรับเจ้าหน้าที่

๔. การยื่นเอกสารและหลักฐานประกอบการรับสมัคร

ผู้สมัครได้ยื่นเอกสารและหลักฐานพร้อมใบสมัคร มีดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาหลักฐานทางทหาร (เฉพาะผู้สมัครเพศชาย) ได้แก่ ใบสำคัญ (แบบ สด.๙) สมุดประจำตัวทหารกองหนุน (แบบ สด.๘) สำเนาทะเบียนทหารกองประจำการ (สด.๓) หรือ สด.๔๓ แล้วแต่กรณี
- สำเนาหลักฐานการศึกษา เช่น ใบสุทธิ หรือประกาศนียบัตร หรือระเบียบแสดงผลการเรียน
- ใบรับรองแพทย์ ซึ่งออกไม่เกิน ๑ เดือน
- ใบอนุญาตที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่ง เช่น ใบอนุญาตขับรถยนต์ หรือใบอนุญาตขับรถ ฯลฯ
- เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล สำเนาหลักฐานการสมรสหรือใบหย่า

.....  
.....  
.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่รับสมัคร  
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๕. การตรวจสอบคุณสมบัติ

- มีคุณสมบัติตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง
- ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก.....  
.....  
.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ  
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการเจ้าหน้าที่)

สำหรับผู้สมัคร

ข้อมูลสิทธิการรักษา

- 1 ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....เพศ.....อายุ.....ปี  
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
- 2 เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□
- 3  มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ที่.....  
 มีสิทธิประกันสังคม ที่.....  
 ไม่ประสงค์เปลี่ยนสถานพยาบาลที่มีสิทธิประกันตน  
 ประสงค์เปลี่ยนสถานพยาบาลที่มีสิทธิประกันตนมาที่.....  
(กรณีประสงค์เปลี่ยนสถานพยาบาลกรุณาติดต่อสำนักงานประกันสังคม หรือเปลี่ยนผ่านระบบออนไลน์ด้วยตนเอง โดยสามารถเปลี่ยนได้ปีละ 1 ครั้ง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 มีนาคม ของทุกปี)
- มีสิทธิข้าราชการ (สิทธิของตนเอง).....  
 อื่นๆ ระบุ.....
- 4 ชื่อสถานประกอบการกรณีทำงานกับนายจ้างหลายราย ณ ปัจจุบัน  
1.....  
2.....  
3.....
- 5 สถานภาพครอบครัว  
 โสด  สมรสจดทะเบียน  หม้าย  หย่า  แยกกันอยู่

ลงชื่อ.....  
(  
วันที่...../...../.....

หมายเหตุ 1. กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง 1 ฉบับ  
สำหรับเจ้าหน้าที่

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....เริ่มงาน.....

ข้อตกลงการช่วยปฏิบัติราชการของบุคคลภายนอกทางการสาธารณสุข

ของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

เขียนที่ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นโดย นาย/นาง/นางสาว.....

อายุ.....ปี หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....บัตรหมดอายุ

วันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....ซึ่งต่อไปในหนังสือนี้จะเรียกว่า “ผู้ปฏิบัติหน้าที่”

โดยที่ ผู้ปฏิบัติหน้าที่ได้สมัครและได้รับการคัดเลือกให้ช่วยปฏิบัติราชการด้านการสาธารณสุขของสำนักงานการแพทย์ตามระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าตอบแทนแก่บุคคลภายนอก ที่ช่วยปฏิบัติราชการในส่วนราชการสังกัดสำนักงานการแพทย์ และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๕๒ และผู้ปฏิบัติหน้าที่รับทราบว่าการช่วยปฏิบัติราชการดังกล่าว จะต้องเป็นหลักเกณฑ์และความรับผิดชอบในหน้าที่ ผู้ปฏิบัติหน้าที่จึงตกลงให้สัญญาต่อโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ (ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้จะเรียกว่า “ส่วนราชการ”) ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ปฏิบัติหน้าที่ตกลงทำหน้าที่ในตำแหน่ง.....แพทย์.....ในส่วนราชการตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่ได้รับอนุมัติเป็นแพทย์ห้วงเวลา

๒. ผู้ปฏิบัติหน้าที่ตกลงว่าในการช่วยปฏิบัติราชการตามข้อตกลงนี้ ผู้ปฏิบัติหน้าที่จะได้รับเฉพาะค่าตอบแทนรายวันในวันที่มาช่วยปฏิบัติราชการเท่านั้น จะไม่ได้รับเงินหรือสวัสดิการหรือค่าตอบแทนอื่นใดจากกรุงเทพมหานครและราชการอื่น และหากปรากฏว่าผู้ปฏิบัติหน้าที่มาช่วยปฏิบัติราชการมากกว่าตามระบุในข้อ ๑ ไม่ว่าจะด้วยเหตุใด ส่วนราชการจะจ่ายค่าตอบแทนตามวันที่มาช่วยปฏิบัติราชการจริงเท่านั้น อัตราค่าตอบแทนที่ผู้ปฏิบัติหน้าที่จะได้รับในวันที่มาช่วยปฏิบัติราชการ ชั่วโมงละ ๕๐๐ บาท หากผู้ปฏิบัติหน้าที่ขาดงานไม่มาช่วยปฏิบัติราชการในวันใด จะไม่ได้รับค่าตอบแทนในวันนั้น ทั้งนี้ให้อยู่ในดุลพินิจของหัวหน้าส่วนราชการหรือผู้ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการดังกล่าวว่าจะตัดค่าตอบแทนหรือไม่อย่างไร แต่หากจะตัดค่าตอบแทนต้องไม่เกินอัตราค่าตอบแทนที่ได้รับเป็นรายวัน

๓. ผู้ปฏิบัติหน้าที่ตกลงว่าในการปฏิบัติหน้าที่ตามข้อ ๑ ผู้ปฏิบัติหน้าที่จะทำงานในหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย ด้วยความอดทนอดกลั้น เอาใจใส่ อย่างเต็มที่เพื่อประโยชน์แก่ราชการ โดยผู้ปฏิบัติหน้าที่ต้องลงเวลามาทำงาน และเวลาออกจากงานในแต่ละวัน หรือลงเวลาตามคำสั่งของหัวหน้าส่วนราชการ หรือผู้ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการ และผู้ปฏิบัติหน้าที่จะทำหน้าที่ภายใต้การสั่งการและการควบคุมดูแลของหัวหน้าส่วนราชการ

๔. ผู้ปฏิบัติหน้าที่ตกลงว่าหัวหน้าส่วนราชการหรือผู้ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการ มีอำนาจควบคุม ดูแลและสั่งการให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ทำหน้าที่ ซึ่งผู้ปฏิบัติหน้าที่ยินยอมทำตามคำสั่งการนั้น หากปรากฏว่าผู้ปฏิบัติหน้าที่ไม่ทำหน้าที่อย่างเหมาะสมหรืออย่างเอาใจใส่ หรือมีพฤติกรรมอื่นที่ไม่เหมาะสม หัวหน้าส่วนราชการหรือผู้ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการ สามารถตักเตือนด้วยวาจาหรือทำเป็นหนังสือได้

๕. หัวหน้าส่วนราชการอาจยกเลิกการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติหน้าที่ได้ ในกรณีใดกรณีหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๕.๑ ผู้ปฏิบัติหน้าที่ได้รับการตักเตือนเป็นหนังสือเกินกว่าสองครั้งขึ้นไปในหนึ่งเดือน และหัวหน้าส่วนราชการเห็นว่าหากให้ช่วยปฏิบัติราชการต่อไปจะไม่เกิดผลดีต่อราชการ หัวหน้าส่วนราชการมีอำนาจสั่งยกเลิกการช่วยปฏิบัติราชการ

๕.๒ หัวหน้าส่วนราชการพิจารณาเห็นว่า หากให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่อยู่ทำหน้าที่ต่อไปอาจจะเกิดความเสียหายแก่ราชการหรือจะทำให้ประชาชนผู้มาใช้บริการไม่ได้รับความสะดวกอย่างมาก หรืออาจเกิดเรื่องที่ไม่พึงประสงค์ในราชการ และหัวหน้าส่วนราชการสั่งยกเลิกการช่วยปฏิบัติราชการ การสั่งยกเลิกการช่วยปฏิบัติราชการตามข้อนี้ ให้มีผลใช้บังคับตามที่หัวหน้าส่วนราชการสั่งการ

๖. ผู้ปฏิบัติหน้าที่อาจขอยกเลิกการช่วยปฏิบัติราชการตามข้อตกลงนี้ได้เมื่อทำหนังสือแจ้งหัวหน้าส่วนราชการล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน “มิฉะนั้นจะไม่ได้รับการเบิกจ่ายค่าเวรในเดือนนั้นๆ”

หนังสือข้อตกลงนี้ ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน เก็บไว้ที่ส่วนราชการและผู้ปฏิบัติหน้าที่ฝ่ายละฉบับ โดยผู้ปฏิบัติหน้าที่ได้อ่านเนื้อความโดยตลอดแล้ว เห็นว่าตรงตามเจตนารมณ์จึงลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....หัวหน้าส่วนราชการ (ผ.ร.พร.)  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติหน้าที่  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ข้อตกลงการช่วยปฏิบัติราชการของบุคคลภายนอกทางการสาธารณสุข

ของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

เขียนที่ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นโดย นาย/นาง/นางสาว.....

อายุ.....ปี หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....บัตรหมดอายุ

วันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....ซึ่งต่อไปในหนังสือนี้จะเรียกว่า “ผู้ปฏิบัติหน้าที่”

โดยที่ ผู้ปฏิบัติหน้าที่ได้สมัครและได้รับการคัดเลือกให้ช่วยปฏิบัติราชการด้านการสาธารณสุขของสำนักงานการแพทย์ตามระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าตอบแทนแก่บุคคลภายนอก ที่ช่วยปฏิบัติราชการในส่วนราชการสังกัดสำนักงานการแพทย์ และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๕๒ และผู้ปฏิบัติหน้าที่รับทราบว่าการช่วยปฏิบัติราชการดังกล่าว จะต้องเป็นหลักเกณฑ์และความรับผิดชอบในหน้าที่ ผู้ปฏิบัติหน้าที่จึงตกลงให้สัญญาต่อโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ (ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้จะเรียกว่า “ส่วนราชการ”) ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ปฏิบัติหน้าที่ตกลงทำหน้าที่ในตำแหน่ง.....แพทย์.....ในส่วนราชการตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่ได้รับอนุมัติเป็นแพทย์ห้วงเวลา

๒. ผู้ปฏิบัติหน้าที่ตกลงว่าในการช่วยปฏิบัติราชการตามข้อตกลงนี้ ผู้ปฏิบัติหน้าที่จะได้รับเฉพาะค่าตอบแทนรายวันในวันที่มาช่วยปฏิบัติราชการเท่านั้น จะไม่ได้รับเงินหรือสวัสดิการหรือค่าตอบแทนอื่นใดจากกรุงเทพมหานครและราชการอื่น และหากปรากฏว่าผู้ปฏิบัติหน้าที่มาช่วยปฏิบัติราชการมากกว่าตามระบุในข้อ ๑ ไม่ว่าจะด้วยเหตุใด ส่วนราชการจะจ่ายค่าตอบแทนตามวันที่มาช่วยปฏิบัติราชการจริงเท่านั้น อัตราค่าตอบแทนที่ผู้ปฏิบัติหน้าที่จะได้รับในวันที่มาช่วยปฏิบัติราชการ ชั่วโมงละ ๕๐๐ บาท หากผู้ปฏิบัติหน้าที่ขาดงานไม่มาช่วยปฏิบัติราชการในวันใด จะไม่ได้รับค่าตอบแทนในวันนั้น ทั้งนี้ให้อยู่ในดุลพินิจของหัวหน้าส่วนราชการหรือผู้ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการดังกล่าวว่าจะตัดค่าตอบแทนหรือไม่อย่างไร แต่หากจะตัดค่าตอบแทนต้องไม่เกินอัตราค่าตอบแทนที่ได้รับเป็นรายวัน

๓. ผู้ปฏิบัติหน้าที่ตกลงว่าในการปฏิบัติหน้าที่ตามข้อ ๑ ผู้ปฏิบัติหน้าที่จะทำงานในหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย ด้วยความอดทนอดกลั้น เอาใจใส่ อย่างเต็มที่เพื่อประโยชน์แก่ราชการ โดยผู้ปฏิบัติหน้าที่ต้องลงเวลามาทำงาน และเวลาออกจากงานในแต่ละวัน หรือลงเวลาตามคำสั่งของหัวหน้าส่วนราชการ หรือผู้ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการ และผู้ปฏิบัติหน้าที่จะทำหน้าที่ภายใต้การสั่งการและการควบคุมดูแลของหัวหน้าส่วนราชการ

๒/ ๔. ผู้ปฏิบัติ...



๔. ผู้ปฏิบัติหน้าที่ตกลงว่าหัวหน้าส่วนราชการหรือผู้ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการ มีอำนาจควบคุม ดูแลและสั่งการให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ทำหน้าที่ ซึ่งผู้ปฏิบัติหน้าที่ยินยอมทำตามคำสั่งการนั้น หากปรากฏว่าผู้ปฏิบัติหน้าที่ไม่ทำหน้าที่อย่างเหมาะสมหรืออย่างเอาใจใส่ หรือมีพฤติกรรมอื่นที่ไม่เหมาะสม หัวหน้าส่วนราชการหรือผู้ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการ สามารถตักเตือนด้วยวาจาหรือทำเป็นหนังสือได้

๕. หัวหน้าส่วนราชการอาจยกเลิกการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติหน้าที่ได้ ในกรณีใดกรณีหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๕.๑ ผู้ปฏิบัติหน้าที่ได้รับการตักเตือนเป็นหนังสือเกินกว่าสองครั้งขึ้นไปในหนึ่งเดือน และหัวหน้าส่วนราชการเห็นว่าหากให้ช่วยปฏิบัติราชการต่อไปจะไม่เกิดผลดีต่อราชการ หัวหน้าส่วนราชการมีอำนาจสั่งยกเลิกการช่วยปฏิบัติราชการ

๕.๒ หัวหน้าส่วนราชการพิจารณาเห็นว่า หากให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่อยู่ทำหน้าที่ต่อไปอาจจะเกิดความเสียหายแก่ราชการหรือจะทำให้ประชาชนผู้มาใช้บริการไม่ได้รับความสะดวกอย่างมาก หรืออาจเกิดเรื่องที่ไม่พึงประสงค์ในราชการ และหัวหน้าส่วนราชการสั่งยกเลิกการช่วยปฏิบัติราชการ การสั่งยกเลิกการช่วยปฏิบัติราชการตามข้อนี้ ให้มีผลใช้บังคับตามที่หัวหน้าส่วนราชการสั่งการ

๖. ผู้ปฏิบัติหน้าที่อาจขอยกเลิกการช่วยปฏิบัติราชการตามข้อตกลงนี้ได้เมื่อทำหนังสือแจ้งหัวหน้าส่วนราชการล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน “มิฉะนั้นจะไม่ได้รับการเบิกจ่ายค่าเวรในเดื่อนนั้นๆ”

หนังสือข้อตกลงนี้ ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน เก็บไว้ที่ส่วนราชการและผู้ปฏิบัติหน้าที่ฝ่ายละฉบับ โดยผู้ปฏิบัติหน้าที่ได้อ่านเนื้อความโดยตลอดแล้ว เห็นว่าตรงตามเจตนารมณ์จึงลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....หัวหน้าส่วนราชการ (ผ.อ.รพร.)  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติหน้าที่  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ข้าราชการ  ลูกจ้างประจำ  ลูกจ้างชั่วคราว  บุคลากรห้วงเวลา  
 พนักงานประกันสังคม  บุคคลภายนอก (รายวัน)  อื่นๆ.....

แบบ K-Corp ๑  
เลขที่.....

แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน หัวหน้าฝ่ายงบประมาณการเงินและบัญชี โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -

ชื่อหน่วยงาน.....

ที่อยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

หมายเลขโทรศัพท์.....E-mail address.....

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารมาเพื่อ  
เป็นหลักฐานด้วยแล้ว

กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง ที่สังกัดหน่วยงานผู้จ่าย

เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....ธนาคารกรุงไทย.....สาขา.....

ประเภท.....ออมทรัพย์.....เลขที่บัญชี.....

เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น ตามที่ กรุงเทพมหานคร อนุญาต

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชี.....

กรณีเป็นบุคคลภายนอกเพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

ประเภท.....เลขที่บัญชีธนาคาร.....

หากผู้มีสิทธิรับเงินร้องขอให้โอนเงินต่างธนาคาร ให้ผู้มีสิทธิรับเงินเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียมนั้น และเมื่อโรงพยาบาล  
ราชพิพัฒน์ โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูลการโอนเงินผ่านช่องทาง

ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ Application Line (Krungthai Connext) ที่สมัครไว้กับ  
ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)

จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) ตาม E-mail address.....

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับเงิน  
(.....)

หมายเหตุ :

๑. เอกสารที่ต้องแนบมาด้วย ได้แก่ ๑.) สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนา ๒.) สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝาก  
ธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงิน

๒. เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลขกำกับเรียงกันไปทุก  
ฉบับเพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน

แบบฟอร์มการขอชื่อผู้ใช้และรหัสผ่าน สำหรับใช้งานระบบสารสนเทศ (EPHIS)  
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส.) ..... ภาษาไทย  
วันเดือนปีเกิด.....(MR./Mrs./Miss) ..... ภาษาอังกฤษ  
เลขบัตรประชาชน ..... ตำแหน่ง .....  
ระดับ..... ฝ่าย/กลุ่มงาน.....  
ประเภท  ข้าราชการ  ลูกจ้างประจำ/ลูกจ้างชั่วคราว  พนักงานประสงค์  บุคคลภายนอก  
 ทั่วเวลา เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (เฉพาะแพทย์) .....

มีความประสงค์ขอชื่อผู้ใช้ (Username) และ รหัสผ่าน (Password) สำหรับใช้งานในระบบสารสนเทศ  
โรงพยาบาล (PHIS) เพื่อใช้งานในระบบงานดังต่อไปนี้

๑. .... ๒. ....  
โดยขอใช้ชื่อผู้ใช้คือ (Username) ..... (ตัวอักษรและตัวเลข จำนวน ๖ตัว)  
กรณีระบุประเภทการขอ  ๑.ขอใหม่  ๒.เปลี่ยนแปลงสิทธิ์การใช้งาน/เพิ่ม/ลดระบบงาน  
**หมายเหตุ** ผู้ใช้งานต้องเก็บรักษาห้สผ่าน ให้เป็นความลับ ไม่เผยแพร่ต่อผู้อื่น หากเกิดกรณีนำ User ID ไปใช้  
งานก่อให้เกิดความเสียหาย ผู้เป็นเจ้าของ Username ต้องรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้น การขอใช้งาน  
ระบบสารสนเทศ (EPHIS) จะต้องได้รับการอนุมัติจากโรงพยาบาลราชพิพัฒน์เรียบร้อยแล้ว

.....  
(.....) วันที่.....  
ผู้ขอใช้

.....  
(.....) วันที่.....  
หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน/หน่วยงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ เพื่อโปรดพิจารณา

.....  
(.....) วันที่.....  
หัวหน้าฝ่ายวิชาการและแผนงาน

ความเห็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

อนุญาต  ไม่อนุญาต

.....  
(.....) วันที่.....  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชพิพัฒน์