



ประกาศจังหวัดฉะเชิงเทรา
เรื่อง รับสมัครสอบคัดเลือกบุคคลเข้าเป็นพนักงานราชการทั่วไป

ด้วยจังหวัดฉะเชิงเทรา ประสงค์จะดำเนินการรับสมัครบุคคลเพื่อจัดจ้างเป็นพนักงานราชการ ประเภทพนักงานราชการทั่วไป ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการสรรหาและเลือกสรรพนักงานราชการ และแบบสัญญาจ้างของพนักงานราชการ ลงวันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๕๒ และประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ เรื่อง การกำหนด ลักษณะงานและคุณสมบัติเฉพาะงาน และคุณสมบัติเฉพาะของกลุ่มงานและ การจัดการรอบอัตรากำลังพนักงานราชการ ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔ จึงประกาศรับสมัครบุคคลเพื่อจัดสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไป ตามรายละเอียดดังนี้

๑. ชื่อตำแหน่ง กลุ่มงาน และรายละเอียดการจ้างงาน

กลุ่มงาน วิชาชีพเฉพาะ

ชื่อตำแหน่ง ตำแหน่งเภสัชกร ตำแหน่งเลขที่ ๘๗๙๙ จำนวน ๑ อัตรา กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

ปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรมซึ่งมีลักษณะงานที่ปฏิบัติเกี่ยวกับการผสมและปรุงยาและเวชภัณฑ์ ประเภทต่างๆ การจ่ายยาให้คนไข้ตามคำสั่งแพทย์ในโรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลและปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง

อัตรารว่าง จำนวน ๑ อัตรา

อัตราค่าตอบแทน หลักสูตร ๕ ปี เดือนละ ๒๐,๕๔๐ บาท หลักสูตร ๖ ปี เดือนละ ๒๒,๗๕๐ บาท

สิทธิประโยชน์ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยพนักงานราชการ พ.ศ. ๒๕๔๗

ระยะเวลาการจ้าง ตั้งแต่วันที่เริ่มจ้าง - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗

๒. คุณสมบัติ...

๒. คุณสมบัติทั่วไปและคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งของผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการเลือกสรร

๒.๑ คุณสมบัติทั่วไป

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีอายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์ (นับถึงวันที่สมัคร)
- (๓) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
- (๔) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถ หรือ จิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ หรือเป็นโรคตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือน
- (๕) ไม่เป็นผู้ดำรงตำแหน่งข้าราชการทางการเมือง กรรมการพรรคการเมืองหรือเจ้าหน้าที่ในพรรคการเมือง
- (๖) ไม่เป็นผู้เคยต้องรับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เพราะกระทำความผิดทางอาญา เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ ไม่เป็นผู้บกพร่องในศีลธรรมอันดีจนเป็นที่รังเกียจของสังคม
- (๗) ไม่เป็นผู้เคยถูกลงโทษให้ออก ปลดออก หรือไล่ออกจากราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ
- (๘) ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการ พนักงานหรือลูกจ้างของหน่วยงานอื่นของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานหรือลูกจ้างของราชการส่วนท้องถิ่น
- (๙) คุณสมบัติหรือลักษณะต้องห้ามอื่นตามที่ส่วนราชการกำหนดไว้ในประกาศการสรรหาหรือการเลือกสรรบุคคลเพื่อจ้างเป็นพนักงานราชการ ทั้งนี้ ต้องเป็นไปเพื่อความจำเป็นหรือเหมาะสมกับภารกิจของส่วนราชการนั้น

หมายเหตุ ผู้ที่ผ่านการเลือกสรรในวันที่ทำสัญญาจ้าง จะต้องไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการ พนักงานหรือลูกจ้างของหน่วยงานอื่นของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานหรือลูกจ้างของราชการส่วนท้องถิ่น และจะต้องนำใบรับรองแพทย์ ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน และแสดงว่า ไม่เป็นโรคที่ต้องห้าม ตามกฎ ก.พ. ว่าด้วยโรค มายีนด้วย

๒.๒ คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง

ได้รับปริญญาตรีหรือคุณวุฒಿಯ่างอื่นที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ ในสาขาวิชาเภสัชศาสตร์ และได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาเภสัชกรรมชั้นหนึ่ง หรือได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม จากสภาเภสัชกรรม

๓. การรับสมัคร

๓.๑ วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ให้ผู้ประสงค์จะสมัครขอและยื่นใบสมัครด้วยตนเองได้ที่ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ชั้น ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ตั้งแต่วันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๔ ถึง วันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๔ ตามขั้นตอน ดังนี้

(๑) เปิดเว็บไซต์ <https://uthaihealth.moph.go.th> พิมพ์ใบสมัครสอบและแบบฟอร์มการชำระเงินค่าสมัครสอบ

(๒) นำแบบฟอร์ม...

(๒) นำแบบฟอร์มการชำระเงิน ข้อ (๑) ไปชำระค่าธรรมเนียมการสมัครสอบได้ที่เคาน์เตอร์ บมจ. ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ ตั้งแต่วันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๔ ถึง วันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๔ ภายในวันและเวลาทำการของธนาคาร และให้เก็บหลักฐานการชำระเงินไว้เป็นหลักฐานด้วย **หรือ** นำบัตร เดบิตการ์ด มาชำระเงินได้ที่งานการเงิน ชั้น ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ในวันและเวลาราชการ

(๓) ผู้สมัครสอบที่ชำระค่าธรรมเนียมแล้วให้นำใบสมัครที่กรอกข้อมูลครบถ้วนพร้อมหลักฐาน การชำระเงิน มายื่นที่ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ชั้น ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ตั้งแต่วันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๔ ถึง วันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๔ ในวันและเวลาราชการ ภาคเช้าเวลา ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. ภาคบ่ายเวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.

(หมายเหตุ : ผู้สมัครต้องแต่งกายสุภาพ ห้ามสวมเสื้อมัดยัด กางเกงยีน กางเกงขาสั้น รองเท้าแตะ)

๓.๒ หลักฐานที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร

(๑) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๑ x ๑.๕ นิ้ว โดยถ่ายไม่เกิน ๑ ปี (นับถึงวันปิดรับสมัคร) จำนวน ๓ รูป

(๒) สำเนาแสดงผลการศึกษา ตัวอย่างเช่น สำเนาปริญญาบัตร/สำเนาใบประกาศนียบัตร และ ระเบียบแสดงผลการเรียน (Transcript) ที่แสดงว่าเป็นผู้มีวุฒิการศึกษาตรงกับตำแหน่งที่สมัคร จำนวน อย่างละ ๑ ฉบับ โดยจะต้องสำเร็จการศึกษาและได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจอนุมัติภายในวันปิดรับสมัคร

ในกรณีไม่สามารถนำหลักฐานการศึกษาดังกล่าวมายื่นพร้อมใบสมัครได้ให้นำหนังสือรับรอง คุณวุฒิที่สถานศึกษาออกให้ โดยระบุสาขาวิชาที่สำเร็จการศึกษาและวันที่ได้รับอนุมัติปริญญาบัตร ซึ่งจะต้องอยู่ในกำหนดวันปิดรับสมัครมายื่นแทนได้

(๓) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

(๔) สำเนาหลักฐานอื่นๆ เช่น ใบสำคัญการสมรส (เฉพาะผู้สมัครเพศหญิง) ใบเปลี่ยน ชื่อ -นามสกุล (ในกรณีที่ชื่อ - นามสกุลในหลักฐานการสมัครไม่ตรงกัน) อย่างละ ๑ ฉบับ

(๕) หนังสือรับรองการผ่านงาน จำนวน ๑ ฉบับ (ถ้ามี)

(๖) สำเนาใบประกอบวิชาชีพ จำนวน ๑ ฉบับ

ทั้งนี้ ในสำเนาหลักฐานทุกฉบับให้ผู้สมัครเขียนคำรับรองสำเนาถูกต้องและลงชื่อกำกับไว้ด้วย

๓.๓ ค่าสมัครสอบ

ค่าธรรมเนียมการสมัครผู้สมัครต้องเสียค่าธรรมเนียมในการสมัคร ๒๐๐ บาท

เมื่อสมัครสอบแล้วค่าสมัครสอบจะไม่คืนให้ เว้นแต่ในกรณีที่เป็นผู้ขาดคุณสมบัติเฉพาะ สำหรับตำแหน่ง แต่ทั้งนี้ จะต้องดำเนินการขอคืนก่อนวันประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการประเมินฯ

๓.๔ เงื่อนไขในการรับสมัคร

ผู้สมัครเข้ารับการเลือกสรรจะต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบและรับรองตนเองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปและคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตรงตามประกาศรับสมัครจริง และจะต้องกรอกรายละเอียดต่างๆ ในใบสมัคร พร้อมทั้งยื่นหลักฐานในการสมัครให้ถูกต้องครบถ้วน ในกรณีที่มีความผิดพลาดอันเกิดจากผู้สมัคร ไม่ว่าจะด้วยเหตุใดๆ หรือวุฒิการศึกษาไม่ตรงตามคุณสมบัติของตำแหน่งที่สมัคร อันมีผลทำให้ผู้สมัครไม่มีสิทธิสมัครตามประกาศรับสมัครดังกล่าว ให้ถือว่าการรับสมัครและการได้เข้ารับการเลือกสรรครั้งนี้เป็นโมฆะสำหรับผู้นั้น จังหวัดอุทัยธานีจะไม่คืนค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบด้วย

๔. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการประเมินสมรรถนะ และกำหนด วัน เวลา สถานที่ในการประเมินสมรรถนะ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะและสมรรถนะ และกำหนดวัน เวลา สถานที่ประเมินสมรรถนะ ในวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๔ ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี และทางเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี <http://uthaihealth.moph.go.th>

๕. หลักเกณฑ์และวิธีการเลือกสรร

หลักเกณฑ์และวิธีการเลือกสรร

ผู้สมัครต้องได้รับการประเมินสมรรถนะด้วยวิธีการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ด้วยวิธีการประเมิน ดังนี้

หลักเกณฑ์การเลือกสรร	คะแนนเต็ม	วิธีการประเมิน
การประเมินครั้งที่ ๑ ความรู้ความสามารถทั่วไปและความรู้ความสามารถเฉพาะตำแหน่ง	๑๐๐	สอบข้อเขียน
การประเมินครั้งที่ ๒ ความรู้ความเหมาะสมกับตำแหน่ง	๑๐๐	สอบสัมภาษณ์

ผู้ที่ถือว่าเป็นผู้มีสิทธิเข้ารับการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ครั้งที่ ๒ จะต้องเป็นผู้ที่สอบได้คะแนนในการประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ครั้งที่ ๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐

๖. เกณฑ์การตัดสิน

ผู้ผ่านการสอบข้อเขียนจะต้องเป็นผู้มีคะแนนสอบความรู้ความสามารถทั่วไป ความรู้ความสามารถเฉพาะตำแหน่ง และสอบปฏิบัติ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ ถึงจะมีสิทธิ์เข้ารับการสอบสัมภาษณ์

ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกจะต้องเป็นผู้ที่ได้คะแนนสอบข้อเขียน สอบปฏิบัติและสอบสัมภาษณ์รวมกันสูงสุด

๗. การประกาศรายชื่อและการขึ้นบัญชีผู้ผ่านการเลือกสรร

จังหวัดอุทัยธานี จะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการเลือกสรรตามลำดับคะแนนสอบ ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานีและทางเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี <http://uthaihealth.moph.go.th> และการขึ้นบัญชีรายชื่อให้ขึ้นบัญชีเป็นเวลา ๒ ปี นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อแต่ถ้ามีการเลือกสรรตำแหน่งเดียวกันนี้อีก และได้ขึ้นบัญชีผ่านการเลือกสรรได้ใหม่แล้ว บัญชีผ่านการเลือกสรรสำหรับตำแหน่งนี้เป็นอันยกเลิก

๘. การจัดทำสัญญาจ้างผู้ผ่านการเลือกสรร

๘.๑ ผู้ผ่านการเลือกสรรจะต้องทำสัญญาจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป ตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานีกำหนด

๘.๒ การทำสัญญาจ้างเป็นพนักงานราชการทั่วไป จะเป็นไปตามลำดับที่สอบได้หากผู้ผ่านการเลือกสรรถึงลำดับที่จะจัดจ้างไม่ประสงค์จะเข้าปฏิบัติงานในตำแหน่งที่ว่าง จะถือว่าสละสิทธิไม่เข้ารับการทำสัญญาจ้าง

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายณรงค์ รักร้อย)
ผู้ว่าราชการจังหวัดอุทัยธานี

ใบสมัครสำหรับพนักงานราชการทั่วไป

ใบสมัครเลขที่.....

รูปถ่ายขนาด
๑ นิ้ว

๑. ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อและนามสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....	สมัครตำแหน่ง.....	
ที่อยู่ติดต่อได้.....	วัน / เดือน / ปีเกิด	อายุ
หมายเลขโทรศัพท์..... E-mail Address.....	สถานที่เกิด	เชื้อชาติ
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ออกให้ที่อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....	สถานภาพสมรส	สัญชาติ
วันเดือนปี้ที่ออกบัตร.....หมดอายุ.....	การรับราชการทหาร	ศาสนา
อาชีพปัจจุบัน..... เหตุผลที่ (อยาก) ออกจากงาน.....		

๒. ข้อมูลการศึกษาและฝึกอบรม

ปี พ.ศ.		สถานศึกษา	ประกาศนียบัตร/ปริญญาบัตร/วิชาเอก
จาก	ถึง		
หลักสูตรเพิ่มเติม		การฝึกอบรม	

๓. ข้อมูลการทำงานและประสบการณ์ทำงาน (โปรดให้รายละเอียดของงานที่ทำในช่วง ๓ ปีหลัง)

ปี พ.ศ.		ชื่อและที่อยู่ ของหน่วยงาน	ตำแหน่งงานและ หน้าที่โดยย่อ	เงินเดือน	สาเหตุที่ออกจากงาน
จาก	ถึง				

โปรดระบุความสำเร็จของงานที่ทำผ่านมาในช่วง ๓ ปีหลัง (ถ้ามี)

.....

โปรดให้ความเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับ และอธิบายว่าประสบการณ์นั้น ๆ เป็นประโยชน์ต่องานที่สมัครในครั้งนี้อย่างไรบ้าง

.....

๔. ข้อมูลความรู้ความสามารถพิเศษ (ถ้ามี)

.....

๕. บุคคลอ้างอิง (ขอให้ระบุชื่อบุคคลที่คุ้นเคยกับการทำงานของท่าน เช่น ผู้บังคับบัญชาโดยตรง โปรดอย่าระบุชื่อบุคคลที่เป็นญาติหรือเพื่อน)

ชื่อและนามสกุล	ตำแหน่งปัจจุบัน	ที่ทำงานปัจจุบันและโทรศัพท์	ระบุความสัมพันธ์กับท่าน
.....
.....
.....

๖. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ระบุไว้ใน ข้อ ๘ แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยพนักงานราชการ พ.ศ. ๒๕๔๗

ขอรับรองว่าข้อมูลที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความตอนใดเป็นความเท็จหรือไม่ตรงกับความจริง ให้ถือเป็นหลักฐานเพื่อเลิกจ้างข้าพเจ้าได้ทันที

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

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

แบบคำร้องขอสมัครพนักงานราชการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุทัยธานี

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เป็นผู้จบการศึกษาปริญญา/ประกาศนียบัตร.....วิชาเอก/สาขา.....

โดยได้รับอนุมัติจากสภาสถาบันการศึกษาชื่อ.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(ภายในวันปิดรับสมัคร) มีความประสงค์จะสมัครเพื่อรับการเลือกสรรเป็นพนักงานราชการ สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดอุทัยธานี ตำแหน่ง.....ซึ่งรับสมัครจากผู้ได้รับวุฒิ(ปริญญา/ประกาศนียบัตร).....

วิชาเอก/สาขา..... ระหว่างวันที่.....เดือน.....พ.ศ.ถึงวันที่.....เดือน.....

พ.ศ. พร้อมนี้ ข้าพเจ้าได้ขอยื่น (หลักฐานการศึกษา).....ไว้ก่อน

ทั้งนี้ หากมีการตรวจสอบเอกสาร หรือคุณสมบัติของข้าพเจ้าที่ได้ยื่นสมัครแล้ว ปรากฏว่า ก.พ. ยังมิได้
รับรองคุณสมบัติของข้าพเจ้าหรือคุณมิตดังกล่าวไม่ตรงตามคุณสมบัติของตำแหน่งที่ข้าพเจ้าสมัครอันมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่มี
สิทธิสมัครตามประกาศรับสมัครที่กล่าวถึงข้างต้น ข้าพเจ้า จะไม่ใช้สิทธิเรียกร้องใด ๆ ทั้งสิ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณารับสมัคร ข้าพเจ้าด้วย จะขอบคุณยิ่ง

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

ผู้สมัคร



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
เลขที่ 160 หมู่ 3 อ.อุทัย-หนองแดง ต.น้ำซึม อ.เมือง จ.อุทัยธานี 61000
โทรศัพท์ 0-5651-1565 โทรสาร 0-5651-1327

แบบฟอร์มการชำระเงิน
(Bill Payment)

เลขที่.....



บมอ.ธนาคารกรุงไทย (Bill Payment)
Company Code: 707534

วันที่.....

ชื่อ - สกุล.....

Ref: 1 เลขบัตรประจำตัวประชาชน

Ref: 2 ประเภทรายได้

Ref: 3 หมายเลขโทรศัพท์

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1	2	8
---	---	---

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

รหัส Ref: 2 ประเภทรายได้

- | | | |
|---|--|--|
| 101 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล | 110 ค่าใช้จ่ายที่จัดเก็บตาม ม.44 (คำสั่ง กสพ.ที่ 77/59) | 121 ค่าปรับที่มอบปรับตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ |
| 102 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ | 111 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.เครื่องเค็มแอลกอฮอล์ | 122 ค่าปรับชดใช้ทุน |
| 103 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท | 112 ค่าปรับที่มอบปรับตาม พ.ร.บ.ยาสูบ | 123 นำดอกเบี้ยเงินฝากธนาคารนำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน |
| 104 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.ยา | 113 ค่าปรับที่มอบปรับตาม พ.ร.บ.อาหาร | 124 นำเงินหลักประกันสัญญาเข้าบัญชีเงินฝากคลัง |
| 105 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.อาหาร | 114 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.ยา | 125 นำเงินนอกงบประมาณเงินวงเงินเก็บรักษาเข้าบัญชีเงินฝากคลัง |
| 106 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.เครื่องมือแพทย์ | 115 ค่าปรับที่มอบปรับตาม พ.ร.บ.เครื่องสำอาง | 126 นำเงินจำหน่ายครุภัณฑ์ที่ลดราคาไปส่งเป็นรายได้แผ่นดิน |
| 107 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.เครื่องสำอาง | 116 ค่าปรับที่มอบปรับตาม พ.ร.บ.ยาสสพค.ให้โทษ | 127 รั้งเงินหลักประกันสัญญานำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน |
| 108 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.ยาสสพค.ให้โทษ | 117 ค่าปรับที่มอบปรับตาม พ.ร.บ.วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท | 128 ค่าธรรมเนียมการรับสมัครสอบบุคคล |
| 109 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.วัตถุอันตราย | 118 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.วัตถุอันตราย | 129 เงินเหลือจ่ายปีเก่าส่งคืน |
| | 119 ค่าปรับที่มอบปรับตาม พ.ร.บ.เครื่องมือแพทย์ | 130 เบิกเงินส่งคืนเงินนอกงบประมาณฝากคลัง |
| | 120 ค่าปรับที่มอบปรับตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล | 131 ชำระเงินอื่นๆ |

เงินสด (Cash)

เงินโอน (TR)

แลกเงินที่เช็ค เลขที่.....

ธนาคาร (Bank)

สาขา (Branch)

จำนวนเงินเป็นตัวเลข (Amount in letter)

จำนวนเงินเป็นตัวเลข (Amount in digit)

บาท(Bath)

ผู้ฝาก.....

เบอร์โทรศัพท์.....

เจ้าหน้าที่ธนาคารประจำตัวตรา.....



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
เลขที่ 160 หมู่ 3 อ.อุทัย-หนองแดง ต.น้ำซึม อ.เมือง จ.อุทัยธานี 61000
โทรศัพท์ 0-5651-1565 โทรสาร 0-5651-1327

แบบฟอร์มการชำระเงิน
(Bill Payment)

เลขที่.....



บมอ.ธนาคารกรุงไทย (Bill Payment)
Company Code: 707534

วันที่.....

ชื่อ - สกุล.....

Ref: 1 เลขบัตรประจำตัวประชาชน

Ref: 2 ประเภทรายได้

Ref: 3 หมายเลขโทรศัพท์

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1	2	8
---	---	---

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

รหัส Ref: 2 ประเภทรายได้

- | | | |
|---|--|--|
| 101 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล | 110 ค่าใช้จ่ายที่จัดเก็บตาม ม.44 (คำสั่ง กสพ.ที่ 77/59) | 121 ค่าปรับที่มอบปรับตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ |
| 102 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ | 111 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.เครื่องเค็มแอลกอฮอล์ | 122 ค่าปรับชดใช้ทุน |
| 103 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท | 112 ค่าปรับที่มอบปรับตาม พ.ร.บ.ยาสูบ | 123 นำดอกเบี้ยเงินฝากธนาคารนำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน |
| 104 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.ยา | 113 ค่าปรับที่มอบปรับตาม พ.ร.บ.อาหาร | 124 นำเงินหลักประกันสัญญาเข้าบัญชีเงินฝากคลัง |
| 105 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.อาหาร | 114 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.ยา | 125 นำเงินนอกงบประมาณเงินวงเงินเก็บรักษาเข้าบัญชีเงินฝากคลัง |
| 106 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.เครื่องมือแพทย์ | 115 ค่าปรับที่มอบปรับตาม พ.ร.บ.เครื่องสำอาง | 126 นำเงินจำหน่ายครุภัณฑ์ที่ลดราคาไปส่งเป็นรายได้แผ่นดิน |
| 107 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.เครื่องสำอาง | 116 ค่าปรับที่มอบปรับตาม พ.ร.บ.ยาสสพค.ให้โทษ | 127 รั้งเงินหลักประกันสัญญานำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน |
| 108 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.ยาสสพค.ให้โทษ | 117 ค่าปรับที่มอบปรับตาม พ.ร.บ.วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท | 128 ค่าธรรมเนียมการรับสมัครสอบบุคคล |
| 109 ค่าธรรมเนียมตาม พ.ร.บ.วัตถุอันตราย | 118 ค่าเปรียบเทียบปรับตาม พ.ร.บ.วัตถุอันตราย | 129 เงินเหลือจ่ายปีเก่าส่งคืน |
| | 119 ค่าปรับที่มอบปรับตาม พ.ร.บ.เครื่องมือแพทย์ | 130 เบิกเงินส่งคืนเงินนอกงบประมาณฝากคลัง |
| | 120 ค่าปรับที่มอบปรับตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล | 131 ชำระเงินอื่นๆ |

เงินสด (Cash)

เงินโอน (TR)

แลกเงินที่เช็ค เลขที่.....

ธนาคาร (Bank)

สาขา (Branch)

จำนวนเงินเป็นตัวเลข (Amount in letter)

จำนวนเงินเป็นตัวเลข (Amount in digit)

บาท(Bath)

ผู้ฝาก.....

เบอร์โทรศัพท์.....

เจ้าหน้าที่ธนาคารประจำตัวตรา.....