



ประกาศคณะกรรมการร้านค้าสวัสดิการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี  
เรื่อง รับสมัครผู้ประกอบการร้านค้าจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม

ด้วยโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีมีความประสงค์รับสมัครคัดเลือกผู้ประกอบการร้านค้าจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม ๕ ราย เพื่อจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม บริเวณโรงอาหาร โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ดังนี้

**ประเภทอาหารและเครื่องดื่ม**

- |                                       |              |
|---------------------------------------|--------------|
| ๑. ประเภทร้านอาหาร                    | จำนวน ๔ ร้าน |
| ๒. ประเภทร้านเครื่องดื่ม ขนม และผลไม้ | จำนวน ๑ ร้าน |
- \*\*\*ราคาค่าอาหารปกติไม่ต่ำกว่า ๓๕ บาท และไม่เกิน ๕๐ บาท

**๑. คุณสมบัติเฉพาะที่จะคัดเลือก ดังนี้**

- ๑.๑ มีประสบการณ์ในด้านการประกอบอาหาร
- ๑.๒ ไม่เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้าง (รายคาบ) ของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

**๒. คุณสมบัติทั่วไปของผู้สมัคร**

- ๒.๑ เป็นบุคคลธรรมดาที่บรรลุนิติภาวะ
- ๒.๒ มีความสามารถประกอบ/ปรุงอาหารได้
- ๒.๒ ไม่เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง ไม่ไร้ความสามารถหรือมีจิตฟั่นเฟือน
- ๒.๓ ผลตรวจสุขภาพเป็นปกติ เช่น เอ็กเรย์ปอด ตรวจอุจจาระ (Stool exam, stool culture) โรคตับอักเสบชนิดเอ และโรคผิวหนัง
- ๒.๔ ต้องไม่เคยถูกลงโทษจากหน่วยงานต่างๆ ในเรื่องการประกอบอาหาร เครื่องดื่ม ขนม และผลไม้

**๓. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร**

ให้ผู้ประสงค์จะสมัคร ขอยื่นใบสมัครด้วยตนเองได้ที่ ฝ่ายทรัพยากรบุคคล กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ถนนคลังอาวุธ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๑ (ในวันและเวลาราชการ) ภาคเช้า เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ภาคบ่ายเวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. โทรศัพท์ ๐-๔๕๓๑-๙๖๕๐ โทรสาร ๐-๔๕๓๑-๙๖๗๑ ผู้ที่สนใจสามารถดาวน์โหลดใบสมัครได้ ทางเว็บไซต์ <http://www.uboncancer.go.th> หรือทาง <https://www.facebook.com/uboncancerhospital>

#### **๔. เอกสารและหลักฐานที่ต้องนำมายื่นประกอบการสมัคร**

๔.๑ รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวกและแว่นตาดำ ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร หรือขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายครั้งเดียวกันไม่เกิน ๑ ปี (นับถึงวันปิดรับสมัคร) จำนวน ๓ รูป (ให้เขียนชื่อ - สกุล หลังรูปถ่าย)

๔.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๑ ฉบับ

๔.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ

๔.๔ ใบรับรองแพทย์ ผลตรวจสุขภาพเป็นปกติ เช่น เอ็กเรย์ปอด ตรวจอุจจาระ (Stool exam, stool culture) โรคตับอักเสบชนิดเอ และโรคผิวหนัง

\*\*\*เอกสารทุกแผ่นผู้ประกอบการต้องรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

#### **๕. กำหนดวันชี้แจงรายละเอียดการประกอบอาหาร เพื่อคัดเลือกร้านค้า**

วันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมชั้น ๗/๒ อาคารอำนวยการผู้ป่วยนอกและรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี และคณะกรรมการฯ ชี้แจงแนวทางการดำเนินประกอบการร้านอาหารและเครื่องดื่ม

#### **๖. กำหนดวัน เวลา สถานที่คัดเลือก**

วันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมชั้น ๗/๒ อาคารอำนวยการผู้ป่วยนอกและรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โดยคณะกรรมการฯ จะดำเนินการคัดเลือก ในเวลา ๑๓.๓๐ น.

#### **๗. วิธีการคัดเลือก**

๗.๑ นำเสนอรายการอาหารที่จำหน่าย

๗.๒ แสดงหรือประกอบ/ปรุงอาหารที่นำเสนอ ในปริมาณที่จำหน่ายในราคาที่กำหนด

๗.๓ ต้องมีผู้ประกอบ/ปรุงอาหาร ๑ คน

#### **๘. หลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้ประกอบการร้านค้าจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม**

๘.๑ สุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม เช่น การแต่งกายที่มิดชิด ฯลฯ

๘.๒ มีประสบการณ์ในการประกอบกิจการร้านอาหารและเครื่องดื่ม

#### **๙. ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกผู้ประกอบการร้านค้าจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม**

วันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๑ ณ บอร์ดประชาสัมพันธ์ ทางเว็บไซต์ <http://www.uboncancer.go.th>  
<https://www.facebook.com/uboncancerhospital> สถานีวิทยุกองทัพภาคที่ ๒ และสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย จังหวัดอุบลราชธานี

#### **๑๐. การดำเนินการหลังจากการผ่านการคัดเลือก**

๑๐.๑ ทำบันทึกข้อตกลงในการประกอบการจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม กับโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในวันที่ ๒ มกราคม ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุมชั้น ๗/๑ อาคารอำนวยการผู้ป่วยนอกและรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

๑๐.๒ ค่าใช้จ่ายในการใช้พื้นที่

๑. ค่าหลักประกันความเสียหาย จำนวน ๖,๐๐๐.- บาท (หกพันบาทถ้วน)

๒. ค่าใช้จ่ายในการใช้พื้นที่

- |                                      |       |                   |
|--------------------------------------|-------|-------------------|
| - ประเภทร้านอาหาร                    | จำนวน | ๓,๐๐๐.- บาท/เดือน |
| - ประเภทร้านเครื่องดื่ม ขนม และผลไม้ | จำนวน | ๒,๕๐๐.- บาท/เดือน |

๑๑. โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีทรงไว้ซึ่งสิทธิที่จะคัดเลือกผู้ประกอบการ โดยผลการพิจารณาตัดสินของคณะกรรมการถือเป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๑

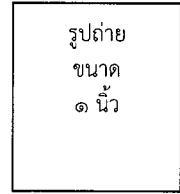


(นางชุตีวรรณ วิวัฒนาสิทธิพงศ์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รักษาการแทนในฐานะผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

ใบสมัครเพื่อคัดเลือกผู้ประกอบการร้านอาหารสวัสดิการ  
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี



ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี  
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

มีความประสงค์สมัครเพื่อคัดเลือกเป็นผู้ประกอบการร้านอาหารสวัสดิการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี  
ประเภทร้านอาหารและเครื่องดื่ม :

- ประเภทร้านอาหาร  
 ประเภทร้านเครื่องดื่ม ขนม และผลไม้

โดยข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามในรายละเอียดประกาศรับสมัครของประกาศคณะกรรมการร้านอาหาร  
สวัสดิการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เรื่อง รับสมัครผู้ประกอบการร้านอาหารและเครื่องดื่ม ฉบับ  
ลงวันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ อย่าเคร่งครัดทุกประการ

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยอมรับปฏิบัติตามเงื่อนไขอย่างเคร่งครัด

(ลงชื่อ).....  
(.....)

ผู้สมัครต้องขอยื่นใบสมัครด้วยตนเอง

เอกสารที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง  
 สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง  
 ใบรับรองแพทย์