



ประกาศคณะกรรมการสรรหาคัดเลือกข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง  
หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ) โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก  
เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อย้ายให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล  
(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ) ในโรงพยาบาลสุโขทัย-ลก

ด้วย คณะกรรมการสรรหาคัดเลือกจะดำเนินการคัดเลือกข้าราชการ เพื่อให้ดำรงตำแหน่ง  
หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ) ในโรงพยาบาลสุโขทัย-ลก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
นราธิวาส ซึ่งเป็นตำแหน่งที่จะว่าง ในวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒

เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ตาม  
หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๓๙/๖๗๙ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๕๕  
จึงประกาศรับสมัครคัดเลือก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### ก. ตำแหน่งที่รับสมัคร

ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ) ตำแหน่งเลขที่ ๑๔๒๔๓๗  
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก

#### ข. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิเข้ารับสมัครคัดเลือก

ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

๑. มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ และ

๒. ดำรงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งมาแล้ว ดังต่อไปนี้

๒.๑ ประเภทอำนวยการ ระดับต้น

๒.๒ ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ

๒.๓ ตำแหน่งอย่างอื่นที่เทียบเท่า ๒.๑ หรือ ๒.๒ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด และ

๓. ปฏิบัติงานด้านพยาบาลวิชาชีพ หรืองานอื่นที่เกี่ยวข้องตามที่ส่วนราชการเจ้าสังกัดเห็นว่า  
เหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบและลักษณะงานที่ปฏิบัติมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี

#### ค. การสมัคร

ให้ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกส่งใบสมัครและเอกสารต่าง ๆ ตามที่คณะกรรมการคัดเลือกกำหนด  
ที่ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๕๑ พรรษา ชั้น ๔ โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก ในวันและ  
เวลาราชการ ตั้งแต่วันที่ ๒๔ ตุลาคม - ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ หรือส่งเอกสารทางไปรษณีย์โดยถือวันประทับตรา  
รับเอกสารของโรงพยาบาลสุโขทัย-ลก เป็นสำคัญ ผู้ประสงค์จะสมัครสามารถดูรายละเอียดและดาวน์โหลดแบบฟอร์ม  
ได้ที่ [www.kolokhospital.com](http://www.kolokhospital.com) หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๗๓๕๑ ๗๕๐๐  
ต่อ ๑๔๓๗, ๑๔๓๘

#### ง. เอกสารที่ใช้ในการสมัครเพื่อขอรับการคัดเลือก

- |                                                        |              |
|--------------------------------------------------------|--------------|
| ๑. ใบสมัคร                                             | จำนวน ๑๐ ชุด |
| ๒. สำเนาวุฒิการศึกษา                                   | จำนวน ๑๐ ชุด |
| ๓. สำเนาทะเบียนประวัติ (ก.พ.๗)                         | จำนวน ๑๐ ชุด |
| ๔. แบบประเมินบุคคลและผลงาน หรือเอกสารประกอบการคัดเลือก | จำนวน ๑๐ ชุด |

จ. หลักเกณฑ์...

จ. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก

๑. ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนที่จะแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งนับถึงวันที่ปิดรับสมัคร โดยไม่ให้คัดเลือกล่วงหน้าก่อนมีคุณสมบัติครบถ้วน

๒. การพิจารณาคัดเลือกบุคคลจะพิจารณาจากองค์ประกอบ ดังนี้

๒.๑ ความรู้ความสามารถและความชำนาญในการปฏิบัติงาน ให้พิจารณาโดยคำนึงถึงคุณวุฒิการศึกษา ความรู้ความสามารถ ทักษะ และความชำนาญในการปฏิบัติงานด้านนั้น ซึ่งอาจพิจารณาจากข้อมูลการประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปีของข้าราชการผู้นั้นในระยะเวลาที่ผ่านมา ๒๐ คะแนน

๒.๒ ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง ให้พิจารณาโดยคำนึงถึงระยะเวลาดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้ง หรือสายงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือระยะเวลาที่เคยปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องหรือเกี่ยวเนื่องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง ๑๕ คะแนน

๒.๓ การปฏิบัติตนเหมาะสมกับการเป็นข้าราชการ ให้พิจารณาโดยคำนึงถึงความประพฤติ การรักษาวินัย ความขยันหมั่นเพียร ความอดุสาหะ การอุทิศเวลาให้กับราชการ ๑๕ คะแนน

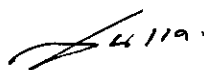
๒.๔ ผลงานหรือผลการปฏิบัติงาน ให้พิจารณาโดยคำนึงถึงคุณภาพของผลงานหรือผลการปฏิบัติงาน ประโยชน์ของผลงานต่อราชการ วงการวิชาการ หรือวิชาชีพ ๒๐ คะแนน

๒.๕ เกณฑ์อื่น ๆ เช่น ภาวะผู้นำ มนุษย์สัมพันธ์ ความเสียสละ ๓๐ คะแนน

๓. วิธีการคัดเลือก จะพิจารณาจากใบสมัคร ผลงาน ประวัติการรับราชการการ อาจมีการสัมภาษณ์ หรืออาจใช้วิธีการอื่นใดเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะแสดงออกถึงความรู้ ความสามารถ และความเหมาะสมของผู้สมัคร ทั้งนี้ ผู้ผ่านการคัดเลือกจะต้องได้คะแนนไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐

คณะกรรมการสรรหาคัดเลือกจะพิจารณาผู้มีคุณสมบัติเหมาะสม จำนวนไม่น้อยกว่า ๒ คน แล้วเสนอสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒



(นายอินทร์ จันแดง)

ประธานคณะกรรมการสรรหาคัดเลือกข้าราชการเพื่อแต่งตั้ง  
ให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)  
โรงพยาบาลสุโขทัย



แบบใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล  
(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

.....

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ.....สกุล.....  
 วัน เดือน ปีเกิด.....อายุตัว.....ปี อายุราชการ.....ปี  
 วันเกษียณอายุ.....ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....  
 ประเภท.....ระดับ.....  
 ส่วนราชการ.....  
 ตั้งแต่.....อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....บาท  
 โทรศัพท์.....e-mail.....

๒. การดำรงตำแหน่ง

ดำรงตำแหน่ง.....ระดับชำนาญการ (ระดับ ๗) ตั้งแต่.....  
 ดำรงตำแหน่ง.....ระดับชำนาญการพิเศษ (ระดับ ๘) ตั้งแต่.....  
 ตำแหน่งอื่นที่ได้รับมอบหมายและเคยได้รับมอบหมาย.....  
 .....

๓. ความผิดทางวินัย เป็นผู้อยู่ระหว่าง

- ถูกสอบสวน.....เมื่อ.....
- ถูกลงโทษ.....เมื่อ.....
- ไม่มี

๔. วุฒิการศึกษา (โปรดแนบหลักฐาน)

- ปริญญาตรี.....สาขา.....  
 สถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....
- ปริญญาโท.....สาขา.....  
 สถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....
- ปริญญาเอก.....สาขา.....  
 สถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....
- ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล.....เลขที่.....  
 วันออกใบอนุญาต.....วันหมดอายุ.....

๕. วิสัยทัศน์/ความคาดหวัง

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

๖. แผนงาน/โครงการที่จะดำเนินการเมื่อดำรงตำแหน่งที่สมัครในอนาคต (ภายใน ๓ ปี)

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

๗. ผลงานวิชาการที่จะส่งประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ  
ชำนาญการพิเศษ)

เรื่อง.....  
(สรุปโดยย่อด้วย)

- ถ้าเป็นกรณีการย้ายให้สรุปเรื่องที่เคยผ่านการประเมิน

๘. ข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน/ปรับปรุงงาน (เฉพาะระดับชำนาญการพิเศษ)

เรื่อง.....  
(สรุปโดยย่อด้วย)

- ชื่อเรื่องผลงานวิชาการและข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน/ปรับปรุงงาน ต้องเป็น  
ชื่อเรื่องเดียวกับเรื่องที่จะส่งประเมิน (เฉพาะระดับชำนาญการพิเศษ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ  
หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จ หรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมดสิทธิได้รับการ  
คัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือว่าเป็นโมฆะ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับการคัดเลือก  
(.....)  
...../...../.....

๙. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

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

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

สถานที่ติดต่อ

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร.....e-mail.....