



เอกสารหมายเลข ๒

เอกสารประกอบการคัดเลือกบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

ของ

นาย.....

ตำแหน่ง

ตำแหน่งเลขที่

กลุ่มงาน..... โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งระดับ.....

ตำแหน่งเลขที่

กลุ่มงาน..... โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข



แบบฟอร์มเพื่อขอรับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ข้อมูลส่วนบุคคล		
๑. ชื่อ นาย.....		
๒. ตำแหน่ง ระดับ..... ตำแหน่งเลขที่		
ส่วนราชการ กลุ่มงาน..... โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส		
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข		
ดำรงตำแหน่งนี้เมื่อ วันที่ เดือน..... พ.ศ.....		
อัตราเงินเดือนปัจจุบัน บาท		
๓. ขอรับการคัดเลือกเพื่อประเมินในตำแหน่ง		
ระดับ		
ตำแหน่งเลขที่		
ส่วนราชการ กลุ่มงาน..... โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส		
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข		
๔. ประวัติส่วนตัว(จาก ก.พ๗)		
เกิดวันที่ เดือน..... พ.ศ.		
อายุ ปี เดือน		
อายุราชการปี..... เดือน		
๕. ประวัติการศึกษา		
คุณวุฒิและวิชาเอก	ปีที่สำเร็จการศึกษา	สถาบัน
ปริญญาตรี.....
๖. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ		
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ(ชื่อใบประกอบวิชาชีพ).....		
เลขที่ใบอนุญาต		
วันออกใบอนุญาต วันที่..... เดือน..... ปี.....		
วันหมดอายุ วันที่..... เดือน..... ปี.....		

๙. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (เคยปฏิบัติงานเกี่ยวกับอะไรบ้างนอกเหนือจากข้อ ๗ เช่นหัวหน้าโครงการ หัวหน้างาน กรรมการ อนุกรรมการ วิทยากร อาจารย์พิเศษ)

๑๐. ให้เลือกเสนอข้อใดข้อหนึ่งในข้อ ๑๐.๑ และ ๑๐.๒

๑๐.๑ ผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา

๑.ชื่อผลงาน

๒.ระยะเวลาที่ดำเนินการ

๓.ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

๔.สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินงาน

หลักการและเหตุผล

วัตถุประสงค์

เป้าหมาย

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๕.ผู้ร่วมดำเนินงาน

ไม่มี

๖.ส่วนหางานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

ดำเนินการเอง ๑๐๐%

๗.ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๘. การนำไปใช้ประโยชน์

๙. ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

๑๐. ข้อเสนอแนะ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

ผู้เสนอผลงาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่..... เดือน..... ปี

๑๐.๒ ข้อเสนอแนวคิดวิธีการพัฒนา/การแก้ปัญหาทางงานที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ
ยิ่งขึ้น

ของนาย/นาง/นางสาว.....
เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง.....ตำแหน่งเลขที่.....
ส่วนราชการ.....
เรื่อง.....
หลักการและเหตุผล.....

บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ.....

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ลงชื่อ.....ผู้เสนอแนวคิด/วิธีการ
(.....)
...../...../.....

๑๑. คำรับรองของผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงาน
ได้ตรวจสอบข้อความและผลงานของ
ที่เสนอขอรับคัดเลือกแล้วเห็นว่าถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....(ผู้ประเมิน)
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่..... เดือน.....ปี ๒๕๖๖

ลงชื่อ.....(ผู้ประเมิน)
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่..... เดือน.....ปี

๑๒. คำรับรองของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

.....
.....

ลงชื่อ.....(ผู้ประเมิน)
(นายบรรยง เหล่าเจริญสุข)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการพยาบาลโรงพยาบาลสุโขทัย
วันที่..... เดือน.....ปี.....

๑๓. สรุปผลการตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคล

การพิจารณาคัดเลือกบุคคลเพื่อประเมินแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

ชื่อ

ตำแหน่ง ตำแหน่งเลขที่

ส่วนราชการ กลุ่ม..... โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดนราธิวาส สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ขอเสนอผลงานเพื่อรับการคัดเลือกแต่งตั้งในตำแหน่ง

ตำแหน่งเลขที่ กลุ่ม..... โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

๑. คุณสมบัติของบุคคล

๑.๑ คุณวุฒิการศึกษา

() ตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง

() ไม่ตรงแต่ ก.พ. ยกเว้นตาม ม. ๕๖

๑.๒ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

() ตรงตามที่กำหนด เลขที่

() ไม่ตรงตามที่กำหนด.....

๑.๓ ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง

() ครบตามที่กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง

() ไม่ครบแต่จะครบในวันที่.....

๑.๔ ระยะเวลาขั้นต่ำในการดำรงตำแหน่งหรือเคยดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้ง

(ให้รวมถึงการดำรงตำแหน่งในสายงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือเคยปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือเกี่ยวเนื่องด้วย)

() ครบตามที่ ก.พ. กำหนด

() ไม่ครบ/ส่งให้คณะกรรมการคัดเลือกบุคคลพิจารณา

๒. สรุปผลการตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคล

() อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะดำเนินการต่อไปได้

() ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ เนื่องจาก.....

() อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะดำเนินการต่อไปได้ แต่ต้องให้คณะกรรมการพิจารณาเรื่องระยะเวลาขั้นต่ำ

ในการดำรงตำแหน่ง

(ลงชื่อ).....บุคลากรหรือผู้รับผิดชอบการเจ้าหน้าที่

(นางสาวชื่นจิตต์ สงวนวงศ์ภักดี)

นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

(วันที่)/...../.....

๑๔. ผลการพิจารณาคัดเลือกบุคคล กรณีตำแหน่งเลื่อนไหลและมีคนครอง

ชื่อผู้ขอรับการคัดเลือก

[] ได้รับการคัดเลือกให้ส่งผลงานประเมิน

[] ไม่ได้รับการคัดเลือก

ระบุเหตุผล.....

.....

(ลงชื่อ).....ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑๕. ผลการพิจารณาคัดเลือกบุคคล กรณีนอกเหนือจาก ๑๔

[] ได้รับการคัดเลือกให้แต่งตั้งได้

[] ไม่ได้รับการคัดเลือก

ระบุเหตุผล.....

.....

(ลงชื่อ).....ประธานคณะกรรมการคัดเลือก

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

[] เห็นชอบ

[] มีความเห็นแตกต่าง เนื่องจาก.....

.....

(ลงชื่อ).....ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....