

เลขที่รับ 1509/69
วันที่ 30/9/69 เวลา 14.27 น.
ชื่อผู้รับ ลาววม

โรงพยาบาลชุมแพ
เลขรับ: 9091
วันที่รับ: 24/9/2569
เวลารับ: 14:24



9091

ที่ มส ๐๐๓๓/ว ๒๕๖๙

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน
ถนนขุนลุมประพาส มส ๕๕๐๐๐

๒๓ กันยายน ๒๕๖๙

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเข้ารับการประเมินเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ จำนวน ๑ ชุด
๒. ใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกฯ จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบประเมินบุคคล (กรณีการเลื่อน) จำนวน ๑ ชุด

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน จะดำเนินการรับสมัครข้าราชการเข้ารับการประเมินเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส) สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน ๔ ตำแหน่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกัน หากมีข้าราชการที่ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกฯ ให้ยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารประกอบการคัดเลือกฯ โดยผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับ ส่งถึงกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ภายในวันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๙ โดยถือวันลงรับหนังสือของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นสำคัญ ทั้งนี้สามารถดาวน์โหลดเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วยได้ที่ <http://www.mhso.moph.go.th/> หัวข้อ "ประกาศรับสมัครงาน"

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ
เพื่อโปรดทราบและพิจารณา
-เห็นควรแจ้งกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ดำเนินการต่อไป

พ
(นางสาวกมลกร โนนสิง)
เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
25 ก.ย. 2569

ch

(นายชูชาติ กางกันยา)
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
25 ก.ย. 2569

ขอแสดงความนับถือ

นางพ

(นายทศพล ดิษฐ์ศิริ)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

☒ ทราบ ☐ ลงนิต
- เห็นควรแจ้ง

- ☐ รอง ผอ.ฝ่ายการแพทย์
☐ รอง ผอ.ด้านปฐมภูมิ
☐ รอง ผอ.ด้าน พรส.
☐ รอง ผอ.ฝ่ายบริหาร
☐ รอง ผอ.ฝ่ายการพยาบาล
☐ รอง ผอ.ด้านสุขภาพดิจิทัล
☐ ผช.ผอ.ด้าน.....

๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร ๐ ๕๓๖๑ ๑๒๘๑ ต่อ ๑๑๗
โทรสาร ๐ ๕๓๖๑ ๑๓๒๒

๒๑

29/9/69

(นายธนินิตย์ สังคมกำแหง)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ
๒๘ ก.ย. ๒๕๖๙

แจ้ง กนกพร
☐ ทราบ ☐ รวบรวมเรื่อง
☒ ประชาสัมพันธ์.....
☐ ดำเนินการ.....นางนพพร ทานาเสถ



ประกาศคณะกรรมการประเมินฯ

เรื่อง รับสมัครข้าราชการเข้ารับการประเมินเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

ด้วยคณะกรรมการประเมิน การเลื่อน การโอน ข้าราชการพลเรือนสามัญ ประเภททั่วไป ระดับ
ชำนาญงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับอาวุโส ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
แต่งตั้ง จะดำเนินการรับสมัครข้าราชการเข้ารับการประเมินเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไป
ระดับอาวุโส หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข กฎ ก.พ. ว่าด้วยการย้าย การโอน การเลื่อนข้าราชการพลเรือนสามัญ ไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ข้าราชการพลเรือนสามัญ ตำแหน่งประเภททั่วไป ในหรือต่างกระทรวงหรือกรม พ.ศ. ๒๕๖๔ หนังสือสำนักงาน
ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๓ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ และหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ
๐๒๐๘.๐๘/ว ๑๒๑๑ ลงวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๕ จึงประกาศรับสมัครข้าราชการเข้ารับการประเมินบุคคล
เพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับอาวุโส โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. ตำแหน่งที่รับสมัคร

๑.๑ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส)
ตำแหน่งเลขที่ ๑๑๗๖๕๑ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปางตอง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนยวม
จังหวัดแม่ฮ่องสอน

๑.๒ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส)
ตำแหน่งเลขที่ ๑๖๐๗๘๔ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ละนา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปางมะผ้า
จังหวัดแม่ฮ่องสอน

๑.๓ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส)
ตำแหน่งเลขที่ ๑๑๗๗๖๗ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองก่อย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสบเมย
จังหวัดแม่ฮ่องสอน

๑.๔ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส)
ตำแหน่งเลขที่ ๑๑๗๗๗๔ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเลเค๊ะ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสบเมย
จังหวัดแม่ฮ่องสอน

๒. คุณสมบัติของบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินบุคคล

คุณสมบัติตามมาตรฐานการกำหนดตำแหน่ง สำนักงาน ก.พ. ดังต่อไปนี้

๒.๑ มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข ระดับปฏิบัติงาน และ

๒.๒ เคยดำรงตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับชำนาญงาน มาแล้วไม่น้อยกว่า ๖ ปี หรือ
ดำรงตำแหน่งอย่างอื่นที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด โดยจะต้องปฏิบัติงาน
สาธารณสุข หรืองานอื่นที่เกี่ยวข้องตามที่ส่วนราชการเจ้าสังกัดเห็นว่าเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบ
และลักษณะงานที่ปฏิบัติมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี

๓. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร

ให้ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกยื่นใบสมัครและเอกสารต่าง ๆ ตามที่คณะกรรมการประเมินฯ กำหนด ที่ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ ในวันและเวลาราชการ

๔. เอกสารที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร (ฉบับจริง ๑ ชุด สำเนา ๓ ชุด)

- | | |
|-------------------------------------|--------------|
| ๔.๑ แบบใบสมัครเข้ารับการประเมิน | จำนวน ๔ ชุด |
| ๔.๒ สำเนาวุฒิการศึกษา | จำนวน ๔ ชุด |
| ๔.๓ สำเนาทะเบียนประวัติ (ก.พ. ๗) | จำนวน ๔ ชุด |
| ๔.๔ แบบประเมินบุคคล (กรณีการเลื่อน) | จำนวน ๔ ชุด |
| ๔.๕ หนังสือยืนยันของผู้สมัคร | จำนวน ๔ ฉบับ |

คณะกรรมการประเมินฯ จะพิจารณาเฉพาะผู้ที่ส่งเอกสารครบถ้วนสมบูรณ์เท่านั้น

๕. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก

๕.๑ ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนที่จะแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง นับถึงวันที่ปิดรับสมัคร

๕.๒ คณะกรรมการประเมินฯ จะพิจารณาจากเอกสารใบสมัคร เอกสารแบบประเมินบุคคล การสัมภาษณ์ และพิจารณาตามองค์ประกอบประเมินบุคคล ดังนี้

- ๑) ข้อมูลบุคคล ได้แก่ ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติทางวินัย และผลการปฏิบัติราชการ (๒๐ คะแนน)
- ๒) ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง (๓๐ คะแนน)
- ๓) ผลสัมฤทธิ์ของงาน (ผลสำเร็จของงานที่ผ่านมา) (๓๐ คะแนน)
- ๔) ความประพฤติและคุณลักษณะอื่น ๆ เช่น ดำรงหรือเคยดำรงตำแหน่งหัวหน้างาน เป็นต้น (๑๐ คะแนน)
- ๕) อื่น ๆ เช่น การสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ เสียสละ ภาวะผู้นำ (๑๐ คะแนน)

๕.๒ วิธีการประเมินบุคคล พิจารณาจากเอกสารประกอบการประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์ การประเมินบุคคล เช่น ประวัติการรับราชการ ผลการปฏิบัติงาน ผลสัมฤทธิ์ของงานและวิธีการสัมภาษณ์ร่วมด้วย ทั้งนี้ ผู้ที่ผ่านการประเมินต้องได้รับคะแนนรวมทุกองค์ประกอบ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

๖. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก

คณะกรรมการประเมินฯ จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการประเมินบุคคล ในเดือน ตุลาคม ๒๕๖๔ ทางเว็บไซต์ <http://www.mhso.moph.go.th/> หัวข้อ “ประกาศรับสมัครงาน”

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔

๓๐๓๖

(นายทศพล ดิษฐ์ศิริ)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน
ประธานคณะกรรมการประเมินฯ

รูปถ่าย
๑x๑.๕ นิ้ว

แบบใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกข้าราชการชั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส)
ตำแหน่งเลขที่.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ..... จังหวัดแม่ฮ่องสอน

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

๑.๑ ชื่อ.....สกุล.....
วัน เดือน ปีเกิด.....อายุตัว.....ปี.....เดือน.....
วันบรรจุเข้ารับราชการ.....อายุราชการ.....ปี.....เดือน.....
วันเกษียณอายุราชการ.....
ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....
ส่วนราชการตาม (ตาม จ.๑๘).....
ปฏิบัติราชการที่.....
อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....บาท (๑ เม.ย. ๖๙)
โทรศัพท์.....Email.....

๑.๒ วุฒิการศึกษา (โปรดแนบหลักฐาน)

☐ ปริญญาตรี.....สาขา.....
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....
☐ ปริญญาโท.....สาขา.....
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....
☐ วุฒิการศึกษาอื่น ๆ.....สาขา.....
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....
☐ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....เลขที่.....
วันออกใบอนุญาต.....
วันหมดอายุ..... (ถ้ามี)

๑.๓ การอบรม/งานด้านบริหาร เช่น อบรมหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง หรือผู้บริหาร
ระดับต้น หรืออื่น ๆ ที่มีระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๒ สัปดาห์

วัน เดือน ปี	รายการฝึกอบรม/งาน	สถานที่
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

/๒. ระยะเวลา...

๒. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งปัจจุบัน

๒.๑ ดำรงตำแหน่งระดับ ๖/ชำนาญงาน เป็นเวลา.....ปี.....เดือน (นับถึงวันปิดรับสมัคร)

๒.๒ ประสบการณ์ในการบริหาร

- ☐ ดำรงตำแหน่งหัวหน้าสถานีนอนามัยและปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าสถานีนอนามัยหรือผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....
- ☐ ดำรงตำแหน่งหัวหน้าสถานีนอนามัย แต่ไม่ได้รักษาการหัวหน้าสถานีนอนามัยหรือปฏิบัติหน้าที่
หัวหน้าสถานีนอนามัยหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....
- ☐ ไม่ได้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าสถานีนอนามัย แต่มีคำสั่งให้รักษาการ หรือปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าสถานี
นอนามัยหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....
- ☐ ไม่ได้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าสถานีนอนามัย และไม่ได้รักษาการ หรือปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าสถานี
นอนามัยหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๓. การปฏิบัติตนเหมาะสมกับการเป็นข้าราชการ

๓.๑ การได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติจากการปฏิบัติงานเฉพาะตัว (ให้แนบหลักฐาน)

- ☐ ได้รับรางวัลระดับประเทศ ชื่อรางวัลที่ได้รับ.....
- ☐ ได้รับรางวัลระดับเขต ชื่อรางวัลที่ได้รับ.....
- ☐ ได้รับรางวัลระดับจังหวัด ชื่อรางวัลที่ได้รับ.....
- ☐ ได้รับรางวัลระดับหน่วยงาน ชื่อรางวัลที่ได้รับ.....

๓.๒ ประวัติการถูกกล่าวหา ร้องเรียนหรือถูกลงโทษทางวินัย

เคยมีเรื่องร้องเรียนและเคยถูกตั้งคณะกรรมการ

- ☐ ไม่เคย
- ☐ เคย เมื่อ.....

เคยถูกลงโทษทางวินัย

- ☐ ไม่เคย
- ☐ เคย เมื่อ.....

เคยถูกภาคทัณฑ์

- ☐ ไม่เคย
- ☐ เคย เมื่อ.....

เคยถูกลดขั้นเงินเดือน

- ☐ ไม่เคย
- ☐ เคย เมื่อ.....

๔. ผลงานเด่น/นวัตกรรมที่ได้รับรางวัล หรือร่วมจัดทำระดับประเทศ/เขต/จังหวัด/หน่วยงาน (ให้แนบหลักฐาน)

- ☐ มี ☐ ไม่มี ระดับประเทศ ตนเอง ร่วมจัดทำ ชื่อผลงาน.....
☐ มี ☐ ไม่มี ระดับเขต ตนเอง ร่วมจัดทำ ชื่อผลงาน.....
☐ มี ☐ ไม่มี ระดับจังหวัด ตนเอง ร่วมจัดทำ ชื่อผลงาน.....
☐ มี ☐ ไม่มี ระดับหน่วยงาน ตนเอง ร่วมจัดทำ ชื่อผลงาน.....

๕. การได้รับการพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือน/ระดับดีเด่น ย้อนหลัง ๕ ปี

- ☐ ไม่เคยได้รับ
☐ เคยได้รับ จำนวน.....ครั้ง คือ
☐ ๑ เม.ย. ๖๔ ☐ ๑ ต.ค. ๖๔ ☐ ๑ เม.ย. ๖๕ ☐ ๑ ต.ค. ๖๕
☐ ๑ เม.ย. ๖๖ ☐ ๑ ต.ค. ๖๖ ☐ ๑ เม.ย. ๖๗ ☐ ๑ ต.ค. ๖๗
☐ ๑ เม.ย. ๖๘ ☐ ๑ ต.ค. ๖๘ ☐ ๑ เม.ย. ๖๙

ข้าพเจ้าได้ทราบเงื่อนไขเกี่ยวกับการสมัครคัดเลือกในครั้งนี้แล้ว หากได้รับการคัดเลือก
ข้าพเจ้ายินดีไปปฏิบัติราชการในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก ตามที่ผู้บังคับบัญชาเห็นสมควร และขอรับรองว่า
ข้อความที่กรอกไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่...../...../.....

คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชา (สสอ. / รพช.)

.....
.....

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

สถานที่ติดต่อ

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
โทรสาร.....e-mail.....



แบบประเมินบุคคลและผลงาน

ของ

ชื่อ-นามสกุล

ตำแหน่ง/ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....

ส่วนราชการ (กลุ่มงาน/รพ.สต./สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/รพ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

ตำแหน่ง/ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....

ส่วนราชการ (กลุ่มงาน/รพ.สต./สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/รพ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



แบบประเมินบุคคล กรณีการเลื่อนไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งระดับอาวุโส

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับการประเมิน

๑. ชื่อ-นามสกุล.....
๒. ตำแหน่ง(ปัจจุบัน) ตำแหน่งเลขที่
- งาน/ฝ่าย/กลุ่ม
กอง/ศูนย์/สำนัก
- ดำรงตำแหน่งปัจจุบันเมื่อ.....อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....
๓. ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ตำแหน่งเลขที่
- งาน/ฝ่าย/กลุ่ม
กอง/ศูนย์/สำนัก กรม
๔. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้ง ปี.....เดือน
๕. ประวัติส่วนตัว (จาก ก.พ. ๗)
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.
อายุราชการ ปี เดือน
๖. ประวัติการศึกษา (ให้ระบุวุฒิทุกวุฒิที่ได้รับตั้งแต่แรกบรรจุ)
- | คุณวุฒิและวิชาเอก
(ปริญญา/ปริญญาบัตร) | ปีสำเร็จการศึกษา | สถาบัน |
|--|------------------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |
๗. ประวัติการรับราชการ (โดยให้แสดงเฉพาะกรณีที่เลื่อนระดับที่สูงขึ้น/การเปลี่ยนแปลงในสายงาน และส่วนราชการ
พร้อมแนบสำเนา ก.พ.๗)

วัน เดือน ปี (ตั้งแต่วันที่-วันที่)	ตำแหน่ง	อัตราเงินเดือน	สังกัด
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับการประเมิน (ต่อ)

๘. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งที่ดำรงอยู่ หรือที่ได้รับมอบหมาย ณ ปัจจุบัน

๙. ผลการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่ง (ย้อนหลัง ๒ ปีงบประมาณ)

ลำดับที่	ลักษณะงาน ด้านบริการ/ปฏิบัติการ	หน่วย นับ	จำนวน ผู้ ร่วม ดำเนินการ	ปีงบประมาณ.....		ปีงบประมาณ.....	
				กลุ่มงาน	เฉพาะตัว	กลุ่มงาน	เฉพาะตัว

๑๐. ผลสัมฤทธิ์ของงาน (ให้ระบุผลงานเด่นที่รับผิดชอบโดยย่อ จำนวน ๑ เรื่อง จำนวน ๕ - ๑๕ หน้า)

๑๑. กรณีผลงานที่ทำร่วมกันหลายคน ให้ระบุสัดส่วนผลงานเป็นร้อยละ โดยมีคำรับรองจากผู้มีส่วนร่วม
ดำเนินการเรื่อง “

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	สัดส่วนร้อยละ	ลายเซ็น
๑.				
๒.				

ขอรับรองว่าข้อรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้รับการประเมิน
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือน พ.ศ.

๑๒. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ขอรับรองว่าข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของ นาย / นาง / น.ส.

เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
(.....)

ตำแหน่ง ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

วันที่.....เดือน พ.ศ.

(ลงชื่อ)
(.....)

ตำแหน่ง ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

วันที่.....เดือน พ.ศ.

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ความประพฤติ พิจารณาคูณสมบัติอุปนิสัย และความประพฤติส่วนตัว ตลอดจนการปฏิบัติตามนโยบาย ระเบียบแบบแผนและ ข้อบังคับของส่วนราชการนั้น ๆ จรรยาบรรณและการรักษา วินัยข้าราชการโดยพิจารณาจากประวัติส่วนตัว ประวัติการ ทำงานและพฤติกรรมที่ปรากฏทางอื่น		
๒. ความรับผิดชอบหน้าที่ พิจารณาความตั้งใจในการทำงาน ความมุ่งมั่นที่จะทำงานที่ ได้รับมอบหมายให้สำเร็จเป็นผลดี การไม่ละเลยต่องานรวมถึง ความเต็มใจและความกล้าที่จะรับผิดชอบต่อผลเสียที่อาจเกิดขึ้น ไม่ปิดความรับผิดชอบผลเสียหายที่อาจเกิดขึ้น ไม่ปิดความ รับผิดชอบง่ายและความจริงใจที่จะปรับปรุงตัวเองให้ดีขึ้น		
๓. ความอดทน พิจารณาความมีมานะ อดทน เอาใจใส่ในหน้าที่การงาน ความ กระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน โดยอุทิศเวลาให้กับทางราชการ ไม่เฉื่อยชา และ มีความขยันหมั่นเพียร		
๔. ความสามารถในการปฏิบัติงานร่วมกับเพื่อนร่วมงาน อย่างมีประสิทธิภาพ พิจารณาความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น ยอมรับฟัง ความคิดเห็นของผู้อื่น และ ยอมรับในความสามารถของ ผู้ร่วมงานทุกระดับ		
๕. อื่น ๆ		
รวมคะแนน	๑๐๐	

(ลงชื่อ) ผู้ประเมิน
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 วันที่..... เดือน พ.ศ.....

ข. การประเมินของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

ความเห็นผู้บังคับบัญชา.....
.....
.....

(ลงชื่อ).....ผู้ประเมิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๓ การตรวจสอบคุณสมบัติผู้ขอรับการประเมิน (สำหรับหน่วยงานการเจ้าหน้าที่)

๑. คุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง

๑.๑ คุณวุฒิการศึกษา () ปวช. () ปวท. () ปวส. () อนุปริญญา

() ตรง

() ไม่ตรง

๑.๒ ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้ง () ครบ

() ไม่ครบ แต่จะครบกำหนดในวันที่.....

๒. ประวัติทางวินัย

() ไม่เคยถูกลงโทษทางวินัยและไม่อยู่ในระหว่างถูกสอบสวนหรือถูกลงโทษทางวินัย

() เคยถูกลงโทษทางวินัย เมื่อ

() อยู่ระหว่างถูกสอบสวนทางวินัย กรณี.....

() อยู่ระหว่างถูกลงโทษทางวินัย กรณี.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....(ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือยืนยันของผู้สมัคร

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส)

ตำแหน่งเลขที่.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ..... จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ข้าพเจ้า

ตำแหน่ง

ตำแหน่งเลขที่.....สังกัด.....

เป็นผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกตำแหน่ง.....

ตำแหน่งเลขที่.....สังกัด.....

ขอยืนยันว่าหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้ายินดีที่จะไปปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งดังกล่าวข้างต้นโดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ให้เต็มความรู้ความสามารถ ด้วยความวิริยะ อุตสาหะ

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

แบบใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกข้าราชการชั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส)
ตำแหน่งเลขที่.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ..... จังหวัดแม่ฮ่องสอน

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

๑.๑ ชื่อ.....สกุล.....
วัน เดือน ปีเกิด.....อายุตัว.....ปี.....เดือน.....
วันบรรจุเข้ารับราชการ.....อายุราชการ.....ปี.....เดือน.....
วันเกษียณอายุราชการ.....
ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....
ส่วนราชการตาม (ตาม จ.๑๘).....
ปฏิบัติราชการที่.....
อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....บาท (๑ เม.ย. ๖๙)
โทรศัพท์.....Email.....

๑.๒ วุฒิการศึกษา (โปรดแนบหลักฐาน)

☐ ปริญญาตรี.....สาขา.....
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....
☐ ปริญญาโท.....สาขา.....
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....
☐ วุฒิการศึกษาอื่น ๆ.....สาขา.....
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....
☐ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....เลขที่.....
วันออกใบอนุญาต.....
วันหมดอายุ..... (ถ้ามี)

๑.๓ การอบรม/งานด้านบริหาร เช่น อบรมหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง หรือผู้บริหาร
ระดับต้น หรืออื่น ๆ ที่มีระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๒ สัปดาห์

วัน เดือน ปี	รายการฝึกอบรม/งาน	สถานที่
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

๒. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งปัจจุบัน

๒.๑ ดำรงตำแหน่งระดับ ๖/ชำนาญงาน เป็นเวลา.....ปี.....เดือน (นับถึงวันปิดรับสมัคร)

๒.๒ ประสบการณ์ในการบริหาร

- ☐ ดำรงตำแหน่งหัวหน้าสถานีนอนามัยและปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าสถานีนอนามัยหรือผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....
- ☐ ดำรงตำแหน่งหัวหน้าสถานีนอนามัย แต่ไม่ได้รับการหัวหน้าสถานีนอนามัยหรือปฏิบัติหน้าที่
หัวหน้าสถานีนอนามัยหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....
- ☐ ไม่ได้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าสถานีนอนามัย แต่มีคำสั่งให้รักษาการ หรือปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าสถานีนอนามัยหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....
- ☐ ไม่ได้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าสถานีนอนามัย และไม่ได้รับการรักษาการ หรือปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าสถานีนอนามัยหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๓. การปฏิบัติตนเหมาะสมกับการเป็นข้าราชการ

๓.๑ การได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติจากการปฏิบัติงานเฉพาะตัว (ให้แนบหลักฐาน)

- ☐ ได้รับรางวัลระดับประเทศ ชื่อรางวัลที่ได้รับ.....
- ☐ ได้รับรางวัลระดับเขต ชื่อรางวัลที่ได้รับ.....
- ☐ ได้รับรางวัลระดับจังหวัด ชื่อรางวัลที่ได้รับ.....
- ☐ ได้รับรางวัลระดับหน่วยงาน ชื่อรางวัลที่ได้รับ.....

๓.๒ ประวัติการถูกกล่าวหา ร้องเรียนหรือถูกลงโทษทางวินัย

เคยมีเรื่องร้องเรียนและเคยถูกตั้งคณะกรรมการ

- ☐ ไม่เคย
- ☐ เคย เมื่อ.....

เคยถูกลงโทษทางวินัย

- ☐ ไม่เคย
- ☐ เคย เมื่อ.....

เคยถูกภาคทัณฑ์

- ☐ ไม่เคย
- ☐ เคย เมื่อ.....

เคยถูกลดขั้นเงินเดือน

- ☐ ไม่เคย
- ☐ เคย เมื่อ.....

๔. ผลงานเด่น/นวัตกรรมที่ได้รับรางวัล หรือร่วมจัดทำระดับประเทศ/เขต/จังหวัด/หน่วยงาน (ให้แนบหลักฐาน)

- | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|---------------|-------|-----------|----------------|
| ☐ มี | ☐ ไม่มี | ระดับประเทศ | ตนเอง | ร่วมจัดทำ | ชื่อผลงาน..... |
| ☐ มี | ☐ ไม่มี | ระดับเขต | ตนเอง | ร่วมจัดทำ | ชื่อผลงาน..... |
| ☐ มี | ☐ ไม่มี | ระดับจังหวัด | ตนเอง | ร่วมจัดทำ | ชื่อผลงาน..... |
| ☐ มี | ☐ ไม่มี | ระดับหน่วยงาน | ตนเอง | ร่วมจัดทำ | ชื่อผลงาน..... |

๕. การได้รับการพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือน/ระดับดีเด่น ย้อนหลัง ๕ ปี

☐ ไม่เคยได้รับ

☐ เคยได้รับ จำนวน.....ครั้ง คือ

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ ๑ เม.ย. ๖๔ | ☐ ๑ ต.ค. ๖๔ | ☐ ๑ เม.ย. ๖๕ | ☐ ๑ ต.ค. ๖๕ |
| ☐ ๑ เม.ย. ๖๖ | ☐ ๑ ต.ค. ๖๖ | ☐ ๑ เม.ย. ๖๗ | ☐ ๑ ต.ค. ๖๗ |
| ☐ ๑ เม.ย. ๖๘ | ☐ ๑ ต.ค. ๖๘ | ☐ ๑ เม.ย. ๖๙ | |

ข้าพเจ้าได้ทราบเงื่อนไขเกี่ยวกับการสมัครคัดเลือกในครั้งนี้แล้ว หากได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้ายินดีไปปฏิบัติราชการในตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก ตามที่ผู้บังคับบัญชาเห็นสมควร และขอรับรองว่า ข้อความที่กรอกไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่...../...../.....

คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชา (สสอ. / รพช.)

.....

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่...../...../.....

สถานที่ติดต่อ

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....

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

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

โทรสาร.....e-mail.....



แบบประเมินบุคคลและผลงาน

ของ

ชื่อ-นามสกุล.....

ตำแหน่ง/ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....

ส่วนราชการ(กลุ่มงาน/รพ.สต./สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/รพ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

ตำแหน่ง/ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....

ส่วนราชการ(กลุ่มงาน/รพ.สต./สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/รพ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



แบบประเมินบุคคลกรณีการเลื่อนไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งระดับอาวุโส

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับการประเมิน

๑. ชื่อ-นามสกุล.....			
๒. ตำแหน่ง(ปัจจุบัน).....		ตำแหน่งเลขที่.....	
งาน/ฝ่าย/กลุ่ม.....			
กอง/ศูนย์/สำนัก.....			
ดำรงตำแหน่งปัจจุบันเมื่อ.....		อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....	
๓. ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง.....		ตำแหน่งเลขที่.....	
งาน/ฝ่าย/กลุ่ม.....			
กอง/ศูนย์/สำนัก.....		กรม.....	
๔. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้ง.....ปี.....เดือน			
๕. ประวัติส่วนตัว(จากก.พ.๗)			
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....			
อายุราชการ.....ปี.....เดือน			
๖. ประวัติการศึกษา(ให้ระบุวุฒิทุกวุฒิที่ได้รับตั้งแต่แรกบรรจุ)			
คุณวุฒิและวิชาเอก	ปีที่สำเร็จการศึกษา	สถาบัน	
(ปริญญา/ปริญญาบัตร)			
.....			
.....			
.....			
๗. ประวัติการรับราชการ(โดยให้แสดงเฉพาะกรณีที่เลื่อนระดับที่สูงขึ้น/การเปลี่ยนแปลงในสายงานและส่วนราชการ พร้อมแนบสำเนา ก.พ.๗)			
วันเดือนปี	ตำแหน่ง	อัตราเงินเดือน	สังกัด
(ตั้งแต่วันที่-วันที่)			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

ส่วนที่๑ข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับการประเมิน(ต่อ)

๘.หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งที่ดำรงอยู่หรือที่ได้รับมอบหมายปัจจุบัน.....

.....

๙.ผลการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่ง(ย้อนหลัง๒ปีงบประมาณ)

ลำดับที่	ลักษณะงานด้าน บริการ/ปฏิบัติการ	หน่วย นับ	จำนวนผู้ ร่วม ดำเนินการ	ปีงบประมาณ.....		ปีงบประมาณ.....	
				กลุ่มงาน	เฉพาะตัว	กลุ่มงาน	เฉพาะตัว

๑๐.ผลสัมฤทธิ์ของงาน(ให้ระบุผลงานเด่นที่รับผิดชอบโดยย่อจำนวน๑เรื่องจำนวน ๕ - ๑๕ หน้า)

.....

๑๑.กรณีผลงานที่ทำร่วมกันหลายคนให้ระบุสัดส่วนผลงานเป็นร้อยละโดยมีคำรับรองจากผู้มีส่วนร่วมดำเนินการเรื่อง“”

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	สัดส่วนร้อยละ	ลายเซ็น
๑.				
๒.				

ขอรับรองว่าข้อรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับการประเมิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑๒.คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ขอรับรองว่าข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของนาย/นาง/น.ส.....เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....
(.....)

ตำแหน่งผู้บังคับบัญชาขึ้นต้นวันที่.....
เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....
(.....)

ตำแหน่งผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไประดับ
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่๒การประเมินคุณลักษณะเฉพาะบุคคล(สำหรับผู้บังคับบัญชา)คะแนนเต็ม๑๐๐คะแนน

ก.การประเมินของผู้บังคับบัญชาในระดับหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงานหรือเทียบเท่า

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑.ความประพฤติ พิจารณาคุณสมบัติอุปนิสัยและความประพฤติส่วนตัว ตลอดจนการปฏิบัติตามนโยบายระเบียบแบบแผนและ ข้อบังคับของส่วนราชการนั้นๆจรรยาบรรณและการรักษา วินัยข้าราชการโดยพิจารณาจากประวัติส่วนตัวประวัติการ ทำงานและพฤติกรรมที่ปรากฏทางอื่น		
๒.ความรับผิดชอบหน้าที่ พิจารณาความตั้งใจในการทำงานความมุ่งมั่นที่จะทำงานที่ ได้รับมอบหมายให้สำเร็จเป็นผลดีการไม่ละเลยต่องานรวมถึง ความเต็มใจและความกล้าที่จะรับผิดชอบต่อผลเสียที่อาจเกิดขึ้น ไม่ปิดความรับผิดชอบต่อผลเสียหายที่อาจเกิดขึ้นไม่ปิดความ รับผิดชอบง่ายและความจริงใจที่จะปรับปรุงตัวเองให้ดีขึ้น		
๓.ความอดสาหัส พิจารณาความมีมานะอดทนเอาใจใส่ในหน้าที่การงานความ กระตือรือร้นในการปฏิบัติงานโดยอุทิศเวลาให้กับทางราชการ ไม่เฉื่อยชาและความขยันหมั่นเพียร		
๔.ความสามารถในการปฏิบัติงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานอย่าง มีประสิทธิภาพ พิจารณาความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่นยอมรับฟัง ความคิดเห็นของผู้อื่นและยอมรับในความสามารถของ ผู้ร่วมงานทุกระดับ		
๕.อื่นๆ		
รวมคะแนน	๑๐๐	
(ลงชื่อ).....ผู้ประเมิน (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....		

ข.การประเมินของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไประดับ

ความเห็นผู้บังคับบัญชา.....
.....
.....

(ลงชื่อ).....ผู้ประเมิน
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๓ การตรวจสอบคุณสมบัติผู้ขอรับการประเมิน (สำหรับหน่วยงานการเจ้าหน้าที่)

๑. คุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง

๑.๑ คุณวุฒิการศึกษา () ปวช. () ปวท. () ปวส. () อนุปริญญา () ตรง

() ไม่ตรง

๑.๒ ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้ง () ครบ

() ไม่ครบ แต่จะครบกำหนดในวันที่

๒. ประวัติทางวินัย

() ไม่เคยถูกลงโทษทางวินัย และไม่อยู่ในระหว่างถูกสอบสวนหรือถูกลงโทษทางวินัย (

) เคยถูกลงโทษทางวินัย เมื่อ

() อยู่ระหว่างถูกสอบสวนทางวินัยกรณี

() อยู่ระหว่างถูกลงโทษทางวินัยกรณี

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง (ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่)

วันที่ เดือน พ.ศ.

หนังสือยืนยันของผู้สมัคร

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส)

ตำแหน่งเลขที่.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ.....จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

ตำแหน่งเลขที่.....สังกัด.....

เป็นผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกตำแหน่ง.....

ตำแหน่งเลขที่.....สังกัด.....

ขอยืนยันว่าหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้ายินดีที่จะไปปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งดังกล่าวข้างต้นโดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ให้เต็มความรู้ความสามารถ ด้วยความวิริยะ อุตสาหะ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....