รูปถ่าย

1 x 1.5 นิ้ว

**ใบสมัคร**

 **ขอรับการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
 ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาล.................................
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.................................**

**ตำแหน่ง........................................................................(ด้าน..............................................(ถ้ามี))**

**ตำแหน่งเลขที่....................... ส่วนราชการ....................................................................................**

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

 ชื่อ….................................................................... ชื่อสกุล……..........................................................................

 วัน เดือน ปีเกิด…................................................ อายุตัว…......................ปี อายุราชการ…...........................ปี

 วันเกษียณอายุ…................................................. ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง….......................................................

 ระดับ…............................................................... ส่วนราชการ…......................................................................

 …………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………

 ตั้งแต่…............................................................... ปัจจุบันอัตราเงินเดือน..................................................บาท

 โทรศัพท์….......................................................... E-mail…………………………………………..……………………………

2. การดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ (ครั้งแรก) ตำแหน่ง…....................................(ด้าน....................... (ถ้ามี))

 ตั้งแต่….................................................................

3. ความผิดทางวินัย เป็นผู้อยู่ระหว่าง

 🌕 ถูกสอบสวน….......................................................................เมื่อ…...................................................

 🌕 ถูกลงโทษ…..........................................................................เมื่อ…...................................................

 🌕 ไม่มี

4. วุฒิการศึกษา (โปรดแนบหลักฐาน)

 🌕 ปริญญาตรี…..........................................................สาขา…..............................................................

 สถาบัน…................................................................จบการศึกษาเมื่อ…............................................

* ปริญญาโท…..........................................................สาขา…..............................................................

 สถาบัน…...............................................................จบการศึกษาเมื่อ…............................................

 🌕 ปริญญาเอก…........................................................สาขา…..............................................................

 สถาบัน…...............................................................จบการศึกษาเมื่อ..............…..............................

 🌕 ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ………..........................................เลขที่…...............................................

 วันออกใบอนุญาต…...............................................วันหมดอายุ…....................................................

5. ผลงานวิชาการที่จะส่งประเมิน (ตามที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด)
ผลงานเรื่องที่ 1 …...........................................................................................................................................

 …………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………
กรณีสัดส่วนไม่ครบตามที่คณะกรรมการกำหนด ให้ส่งผลงานได้อีกไม่เกิน 2 เรื่อง

ผลงานเรื่องที่ 2 .............................................................................................................................…………………….............

…....................................................……………………………………………………………………………………………………

ผลงานเรื่องที่ 3 .............................................................................................................................…………………….............

…....................................................……………………………………………………………………………………………………

6. ข้อเสนอ…

- 2 -

6. ข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน ที่จะส่งประเมิน

 เรื่อง ..………...................................................................................................................................................

 …………………………………........................…………………………………………………….………………………………………

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จ หรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมดสิทธิเข้ารับ
การประเมินบุคคลและหากได้รับการพิจารณาประเมินบุคคลแล้วจะถือว่าเป็นโมฆะ

ทั้งนี้ ข้าพเจ้ารับทราบ และยินดีปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการพิจารณาการเลื่อนข้าราชการขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งตามที่ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข มีมติให้กำหนดตำแหน่งเป็นระดับสูงขึ้น กรณีแต่งตั้งข้าราชการรายอื่นที่มิใช่ผู้ดำรงตำแหน่งดังกล่าวอยู่ในขณะที่ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุขกำหนดระดับให้สูงขึ้นว่า ตำแหน่งเลขที่เป็นเครื่องหมายสำหรับกำกับตำแหน่งแต่ละตำแหน่ง มิใช่เลขที่ประจำตัวบุคคลผู้ครองตำแหน่ง และการเลื่อนข้าราชการขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้นอยู่ในอำนาจหน้าที่ของผู้บังคับบัญชาตามกฎหมายที่จะเป็นผู้พิจารณาตามความเหมาะสม โดยคำนึงถึงความรู้ความสามารถ
ความประพฤติ และประวัติการรับราชการ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0201.032/ว 555 ลงวันที่ 17 มิถุนายน 2557

ลงชื่อ…...........................................ผู้ขอรับเข้ารับการประเมินบุคคล

 (….................................................)

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

7. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น …………………………………........................…………………………………………………………………………………………………….………….................................................................................................................................................................................................................................................................…………………………………........................……………...……………………………………………………………………………………………………………………........................……………..…

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

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

(ตำแหน่ง) ...............................................................

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

สถานที่ติดต่อ (ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล)

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

 บ้านเลขที่….................................. ซอย/ตรอก…................................ ถนน…..........................................

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

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

 โทรสาร…..................................... E-mail……………………………………………………………………..….………….