



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล

เรื่อง รับสมัครข้าราชการเข้ารับการประเมินบุคคลเพื่อย้ายไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

ด้วยคณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง
จะดำเนินการรับสมัครข้าราชการเข้ารับการประเมินบุคคลเพื่อย้ายไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
จึงประกาศรับสมัครข้าราชการเข้ารับการประเมินบุคคล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. ตำแหน่งที่รับสมัคร จำนวน ๑ ตำแหน่ง คือ

ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ) ตำแหน่งเลขที่ ๑๕๘๗๔ กลุ่มงานการพยาบาล
โรงพยาบาลสรรคบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

๒. คุณสมบัติของบุคคลที่จะเข้ารับประเมินบุคคล

๒.๑ มีคุณสมบัติตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งที่จะแต่งตั้งตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง

๒.๒ มีคุณสมบัติในเรื่องเกี่ยวกับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของสายงานต่าง ๆ คุณวุฒิ หรือการอบรม
หลักสูตรเพิ่มเติมครบถ้วนตามที่ ก.พ. กำหนด ในแต่ละสายงานตามหลักเกณฑ์เพื่อการย้ายและการโอน
ตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ

๒.๓ มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งหรือเคยดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้งตามคุณวุฒิของบุคคล
สำหรับการย้ายและการโอนไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งระดับต่างๆ ไม่น้อยกว่าระยะเวลาที่ อ.ก.พ. สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๖๕๐๕
ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗

๓. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร

ให้ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการประเมินบุคคลยื่นใบสมัครและเอกสารต่างๆ ตามที่กำหนด
ได้ที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ตั้งแต่วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๗
ถึงวันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๘ ในวันและเวลาราชการ

๔. เอกสารที่ใช้ในการสมัคร

๔.๑ กรณีสายงานเดียวกันหรือต่างสายงานแต่จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกัน

(๑) ใบสมัครขอรับการคัดเลือกฯ ใบขอย้าย

(๒) เอกสารอื่นๆ เช่น สำเนาทะเบียนประวัติ (ก.พ. ๗) สำเนาวุฒิการศึกษา สำเนาใบประกอบ
วิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์

๔.๒ กรณีต่างสายงาน...

๔.๒ กรณีต่างสายงานและไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกัน

- (๑) ใบสมัครขอรับการคัดเลือกฯ ใบขอย้าย
- (๒) แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล
- (๓) เอกสารประกอบการพิจารณาขอนับระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่ขอเกี่ยวคู่กับตำแหน่งที่ขอประเมิน
- (๔) เอกสารอื่น ๆ เช่น สำเนาทะเบียนประวัติ (ก.พ. ๗) สำเนาวุฒิการศึกษา สำเนาใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์

* หมายเหตุ : เอกสารที่ต้องยื่น จำนวน ๖ ชุด (ต้นฉบับ จำนวน ๑ ชุด และสำเนา จำนวน ๕ ชุด)

๕. หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคล

๕.๑ การพิจารณาประเมินบุคคลจะพิจารณาตามองค์ประกอบและน้ำหนักคะแนน ดังนี้

- (๑) ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย (๒๐ คะแนน)
- (๒) ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้อง เหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง (๖๐ คะแนน)
- (๓) อื่นๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะคิด เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์ (๒๐ คะแนน)

๕.๒ วิธีการประเมินบุคคล ให้พิจารณาจากเอกสารประกอบการประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์การประเมินบุคคล เช่น ประวัติการรับราชการ ผลการปฏิบัติงาน ผลงานวิชาการ หรืออาจใช้วิธีการสัมภาษณ์ร่วมด้วยก็ได้ ทั้งนี้ ผู้ได้รับการคัดเลือกต้องได้คะแนนรวมเฉลี่ยสูงสุด และไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(ลงชื่อ)

(นายพัลลภ ยอดศิริจินดา)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยนาท
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ

ที่ ขน ๐๐๓๓.๐๑๐/ว ๕๕๒๕



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท
ถนนชัยนาท-สิงห์บุรี ขน ๑๗๐๐๐

๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

เรื่อง รับสมัครข้าราชการเข้ารับการประเมินบุคคลเพื่อย้ายไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง และสาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ

- | | |
|--|-------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒. แบบใบสมัครขอรับการคัดเลือกฯ ใบขอย้าย | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล | จำนวน ๑ ชุด |
| ๔. เอกสารประกอบการพิจารณาของนั้บระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง
ในสายงานที่ขอเกี่ยวกั้บตำแหน่งที่ขอประเมิน | จำนวน ๑ ชุด |

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท มีความประสงค์จะรับสมัครข้าราชการเข้ารับ
การประเมินบุคคลเพื่อย้ายไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดชัยนาท จำนวน ๑ ตำแหน่ง

ในการนี้ หากมีผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการประเมินบุคคล สามารถยื่นใบสมัครพร้อมเอกสาร
ประกอบการประเมินบุคคล ตั้งแต่วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๘ ได้ที่กลุ่มงานบริหาร
ทรัพยากรบุคคล ชั้น ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ในวันและเวลาราชการ สามารถดาวน์โหลด
เอกสารรายละเอียดได้ที่ <http://cnto.moph.go.th> หรือสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ โทร ๐ ๕๖๔๐ ๕๕๑๘ ต่อ ๒๓๐
ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนถึงวันปิดรับสมัคร โดยจะถือวันที่ลงรับหนังสือของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท
เป็นสำคัญ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั่วกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายพัลลภ ยอดศิริจินดา)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยนาท
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร. ๐ ๕๖๔๐ ๕๕๑๘ ต่อ ๒๓๐
โทรสาร ๐ ๕๖๔๐ ๕๕๒๑

“ชาวชัยนาทร่วมมือ ต่อต้านภัยคอร์รัปชัน”

ใบสมัคร

ขอรับการคัดเลือกประเมินบุคคลเพื่อย้ายแต่งตั้งให้ดำรง
ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)
ตำแหน่งเลขที่ สังกัดโรงพยาบาล.....
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ.....นามสกุล.....
วัน เดือน ปีเกิด.....อายุตัว.....ปี อายุราชการ.....ปี
วันเกษียณอายุ.....ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....
ระดับ.....ส่วนราชการ.....
.....
ตั้งแต่.....อัตราเงินเดือน.....บาท
โทรศัพท์.....E-mail.....

๒. การดำรงตำแหน่ง

ดำรงตำแหน่ง.....ระดับชำนาญการ
ตั้งแต่.....
ดำรงตำแหน่ง.....ระดับชำนาญการพิเศษ
ตั้งแต่.....
ดำรงตำแหน่งอื่นที่ได้รับมอบหมายหรือเคยได้รับมอบหมาย.....
.....

๓. ความผิดทางวินัย เป็นผู้อยู่ระหว่าง

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

๔. วุฒิการศึกษา (โปรดแนบหลักฐาน)

- ปริญญาตรี.....สาขา.....
สถาบัน.....จบการศึกษา
เมื่อ.....
ปริญญาโท.....สาขา.....
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....
ปริญญาเอก.....สาขา.....
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....เลขที่.....
วันออกใบอนุญาต.....วันหมดอายุ.....
อบรมเฉพาะทาง (หลักสูตร ๑ เดือนขึ้นไป).....

๕. ผลงานเด่นจากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา (ด้านบริหาร บริการ วิชาการ และพัฒนาองค์กร)

.....

๖. วิสัยทัศน์/ความคาดหวัง

.....

๗. ข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน/ปรับปรุงงาน ในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่แจ้งไว้ในใบสมัครนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จ หรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมดสิทธิเข้ารับการคัดเลือก หากได้รับการพิจารณาประเมินบุคคลแล้วจะถือว่าเป็นโมฆะ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเข้ารับการคัดเลือก

(.....)

(วันที่)/...../.....

๘. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาในระดับต้น

.....

(ลงชื่อ)

(.....)

(ตำแหน่ง)

(วันที่)/...../.....

สถานที่ติดต่อ (ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือก)

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....

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

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

โทรสาร.....E-mail.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน

1. ข้าพเจ้า.....วุฒิ.....

ใบอนุญาต วุฒิบัตร.....

2. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง ระดับ.....

ตำแหน่งเลขที่..... ส่วนราชการ

ดำรงตำแหน่งเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. อัตราเงินเดือนปัจจุบันบาท

ปฏิบัติราชการจริงที่.....

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

ขณะนี้

 อยู่ในระหว่างการลาศึกษา / ฝึกอบรม / หรือดูงาน หลักสูตร

ตั้งแต่วันที่ เดือน..... พ.ศ. ถึงวันที่ เดือน..... พ.ศ.

 ไม่อยู่ในระหว่างการลาศึกษา / ฝึกอบรม / ดูงาน อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานชดเชยทุนหลักสูตร.....

ต้องปฏิบัติงานชดเชยทุน ปี ตั้งแต่วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ถึงวันที่ เดือน..... พ.ศ.

 ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

3. ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่ง ระดับ.....

ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอย้าย

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลพร้อมนี้แล้วจำนวน ฉบับ

4. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรง

ตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

 ยินยอมลดระดับ ไม่ยินยอมลดระดับ

5. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

 ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน อยู่ในระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอแนบผลประเมินวิชาการ
ที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

6. ในการขอข้ายครั้งนี้หากทางราชการอนุญาตให้ข้ายได้ ข้าพเจ้า(ให้ขีดเครื่องหมาย / ใน ที่ต้องการ)
- 6.1 เงินค่าข้ายสิ่งของส่วนตัว ขอเบิก ไม่ขอเบิก
- 6.2 เงินค่าพาหนะเดินทาง ขอเบิก ไม่ขอเบิก
- 6.3 เงินค่าเบี้ยเลี้ยง ขอเบิก ไม่ขอเบิก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)..... ผู้ข้าย
(.....)

คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่

ตามที่ (นาย , นาง , นางสาว)
ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ข้ายไปดำรงตำแหน่งทางจังหวัด..... นั้น ได้พิจารณา

- ให้เบิกตามรายการที่ระบุใน 6
- ให้เบิกเฉพาะรายการที่
- ไม่ให้เบิกทุกรายการที่ระบุใน 6

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

- หมายเหตุ 1. กรณีข้ายติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งข้ายหรือหลักฐานการข้ายของคู่สมรส
2. กรณีข้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม
3. กรณีข้ายเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณีที่บิดา มารดา อายุต่ำกว่า 65 ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองจากแพทย์ด้วย
4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการกอง หรือ หัวหน้าหน่วยราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้เป็นผู้ให้คำรับรอง เบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับ ตำแหน่งใหม่ แล้วแต่กรณี

บันทึกประกอบการขอย้าย / โอน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ส่วนราชการ.....

มีความประสงค์จะขอย้าย / โอน ไปรับราชการที่

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
แต่ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย / โอน

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อน โอน ไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่าง ประเมินผลงาน
ทางวิชาการ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ **โดยขอนำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิม
ขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่**

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย / โอน

วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานการเจ้าหน้าที่

วันที่.....

แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

ของ

.....(ชื่อ-สกุล).....

ตำแหน่ง..... (ด้าน.....(ถ้ามี))

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

ขอประเมินบุคคลเพื่อย้าย/โอน ไปแต่งตั้งให้ดำรง

ตำแหน่ง..... (ด้าน.....(ถ้ามี))

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

๑. แบบแสดงข้อมูลส่วนบุคคล

๑. ชื่อผู้ขอประเมิน

๒. ตำแหน่งปัจจุบันระดับ.....(ด้าน.....(ถ้ามี))

ตำแหน่งเลขที่สังกัด ฝ่าย/กลุ่ม/ส่วน

กอง/สำนัก/สถาบัน/ศูนย์ กรม

๓. ตำแหน่งที่ขอประเมินระดับ.....(ด้าน.....(ถ้ามี))

ตำแหน่งเลขที่สังกัด ฝ่าย/กลุ่ม/ส่วน

กอง/สำนัก/สถาบัน/ศูนย์ กรม

๔. ประวัติส่วนตัว (จาก ก.พ. ๗)

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ

อายุราชการปี เดือน ปีเกษียณ

๕. ประวัติการศึกษา

คุณวุฒิและวิชาเอก

ปีที่สำเร็จการศึกษา

สถาบัน

(ชื่อปริญญา)

.....

.....

๖. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) (ชื่อใบอนุญาตและเลขที่ใบอนุญาต

วันออกใบอนุญาตวันหมดอายุ

๗. ประวัติการรับราชการ (จากเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน แสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ในระดับสูงขึ้นแต่ละระดับ และการเปลี่ยนแปลงในการดำรงตำแหน่งในสายงานต่าง ๆ)

วัน เดือน ปี

ตำแหน่ง

สังกัด

.....

.....

๘. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน

ปี

ระยะเวลา

หลักสูตร

สถาบัน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๙. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (เคยปฏิบัติงานเกี่ยวกับอะไรบ้างที่นอกเหนือจากข้อ ๗ เช่น
เป็นหัวหน้าโครงการ หัวหน้างาน กรรมการ อนุกรรมการ วิทยากร อาจารย์พิเศษ เป็นต้น)

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) (ผู้ขอประเมิน)

(.....)

(วันที่)/...../.....

หมายเหตุ ข้อ ๑ - ๙ ให้ผู้ขอประเมินเป็นผู้กรอกข้อมูล พร้อมทั้งแนบสำเนาเอกสารที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงานการเจ้าหน้าที่เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง

เอกสารประกอบการพิจารณาขอนับระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่ขอเกือกลงกับตำแหน่งที่ขอประเมิน

ของ นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง..... (ด้าน.....(ถ้ามี)) ตำแหน่งเลขที่.....

ส่วนราชการ (ระบุงาน/กลุ่มงาน/กลุ่ม/รพ./สสจ.).....

ประเมินเพื่อดำรงตำแหน่ง..... (ด้าน.....(ถ้ามี)) ตำแหน่งเลขที่..... ส่วนราชการ.....

ชื่อ - สกุล/ ตำแหน่งปัจจุบัน/วุฒิ	ช่วงเวลาดำรงตำแหน่ง ที่ขอเกือกลง	ตำแหน่ง/ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ในตำแหน่งที่ขอเกือกลง	ระยะเวลา ที่ขอเกือกลง	จำนวนผู้ร่วม ดำเนินการ	สัดส่วนที่ผู้ ขอเกือกลงได้ ปฏิบัติงาน %	ตำแหน่ง/ลักษณะงาน ของตำแหน่ง ที่ขอประเมิน	ผู้รับรอง (เซ็นทุกหน้า)
ชื่อ..... ตำแหน่ง..... วุฒิ..... เมื่อ..... ได้รับใบประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) เมื่อ.....	เป็นช่วงระยะเวลา การดำรงตำแหน่ง ที่ขอเกือกลงทั้งหมด (แยกแต่ละระดับ แต่ละสายงาน) (เช่น ๑ พค ๕๙-๓๐ เมย ๖๓)	เป็นการดำรงตำแหน่งที่ขอเกือกลง แยกเป็นแต่ละระดับ (เป็นงานที่ปฏิบัติจริง) ตำแหน่งที่ ๑.....ระดับ..... มีลักษณะงานที่ปฏิบัติ ดังนี้ ตำแหน่งที่ ๒.....ระดับ..... มีลักษณะงานที่ปฏิบัติ ดังนี้ ฯลฯ	เป็นระยะเวลารวม เฉพาะที่ดำรงตำแหน่ง แต่ละสายงาน แต่ละระดับ (เช่น ๘ ปี) *รวมระยะเวลาของแต่ละ ตำแหน่งแล้วจะต้องมียอด รวมเท่ากับ ช่องที่ ๒	ผู้ที่ร่วมปฏิบัติงาน ของแต่ละงาน เช่น ถ้าทำคนเดียว ให้ใช้ (-)	เช่น ๑๐๐%	เป็นลักษณะงาน ที่ไปดำรงตำแหน่งใหม่ โดยแยกเป็นแต่ละ ระดับให้ตรงตาม มาตรฐานกำหนด ตำแหน่งที่ ก.พ. กำหนด (.....) ชื่อผู้ขอประเมิน วัน/เดือน/ปี (.....) ชื่อและตำแหน่งผู้บังคับบัญชา ที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงาน วัน/เดือน/ปี (.....) ชื่อและตำแหน่งผู้บังคับบัญชา เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ วัน/เดือน/ปี