

## ใบสมัคร

ขอรับการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ  
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

ตำแหน่ง.....(ด้าน.....(ถ้ามี))

ตำแหน่งเลขที่..... ส่วนราชการ.....

### ๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ..... ชื่อสกุล.....

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

วันเกษียณอายุ..... ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....

ระดับ..... ส่วนราชการ.....

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

โทรศัพท์..... E-mail.....

### ๒. การดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ (ครั้งแรก) ตำแหน่ง.....(ด้าน..... (ถ้ามี))

ตั้งแต่.....

### ๓. ความผิดทางวินัย เป็นผู้อยู่ระหว่าง

☐ ถูกสอบสวน.....เมื่อ.....

☐ ถูกลงโทษ.....เมื่อ.....

☐ ไม่มี

### ๔. วุฒิการศึกษา (โปรดแนบหลักฐาน)

☐ ปริญญาตรี.....สาขา.....

สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....

☐ ปริญญาโท.....สาขา.....

สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....

☐ ปริญญาเอก.....สาขา.....

สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....

☐ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....เลขที่.....

วันออกใบอนุญาต.....วันหมดอายุ.....

### ๕. ผลงานวิชาการที่จะส่งประเมิน (ตามที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด)

ผลงานเรื่องที่ ๑ .....

กรณีสัดส่วนไม่ครบตามที่คณะกรรมการกำหนด ให้ส่งผลงานได้อีกไม่เกิน ๒ เรื่อง

ผลงานเรื่องที่ ๒ .....

ผลงานเรื่องที่ ๓ .....

๖. ข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน ที่จะส่งประเมิน

เรื่อง .....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จ หรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมิ่นสิทธิเข้ารับการประเมินบุคคลและหากได้รับการพิจารณาประเมินบุคคลแล้วจะถือว่าเป็นโมฆะ

ทั้งนี้ ข้าพเจ้ารับทราบ และยินดีปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการพิจารณาการเลื่อนข้าราชการชั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งตามที่ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข มีมติให้กำหนดตำแหน่งเป็นระดับสูงขึ้น กรณีแต่งตั้งข้าราชการรายอื่นที่มีใช้ดำรงตำแหน่งดังกล่าวอยู่ในขณะที่ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุขกำหนดระดับให้สูงขึ้นว่า ตำแหน่งเลขที่เป็นเครื่องหมายสำหรับกำกับตำแหน่งแต่ละตำแหน่ง มีใช้เลขที่ประจำตัวบุคคลผู้ครองตำแหน่ง และการเลื่อนข้าราชการชั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้นอยู่ในอำนาจหน้าที่ของผู้บังคับบัญชาตามกฎหมายที่จะเป็นผู้พิจารณาตามความเหมาะสม โดยคำนึงถึงความรู้ความสามารถ ความประพฤติ และประวัติการรับราชการ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด ตามหนังสือสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๓๒/ว ๕๕๕ ลงวันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๗

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

๗. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

.....

.....

.....

.....

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

สถานที่ติดต่อ (ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล)

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

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

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

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

โทรสาร..... E-mail.....