

ใบสมัคร

ขอรับการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

- ☐ ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ) ตำแหน่งเลขที่ 37684 กลุ่มงานการพยาบาล
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
- ☐ ตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ) ตำแหน่งเลขที่ 38263
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี
- ☐ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ) ตำแหน่งเลขที่ 37918
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
- ☐ ตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ) ตำแหน่งเลขที่ 38526
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี
- ☐ ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ) ตำแหน่งเลขที่ 37916 กลุ่มงานการพยาบาล
โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ.....ชื่อสกุล.....
วัน เดือน ปีเกิด.....อายุตัว.....ปี อายุราชการ.....ปี
วันเกษียณอายุ.....ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....
ระดับ.....ส่วนราชการ.....
.....
ตั้งแต่วันที่.....อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....บาท
โทรศัพท์.....e-mail.....

2. การดำรงตำแหน่ง

ดำรงตำแหน่ง.....ระดับชำนาญการ 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

ผลงานเรื่องที่ 2

6. ข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน/ปรับปรุงงาน ที่จะส่งประเมิน

เรื่อง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จ หรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมดสิทธิได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือว่าเป็นโมฆะ

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

7. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

.....

.....

.....

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

สถานที่ติดต่อ

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....

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

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

โทรสาร.....e-mail.....