



ประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
เรื่อง ประกาศรับสมัครข้าราชการเพื่อคัดเลือกให้ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

เพื่อประโยชน์ของทางราชการ และเพื่อให้การปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดน่าน เป็นไปด้วยความเรียบร้อย เหมาะสม มีประสิทธิภาพ

ฉะนั้น อาศัยความตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๘๖๕/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม
๒๕๖๕ ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้บังคับบัญชาข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวง
สาธารณสุข และลูกจ้าง ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานซึ่งตนเป็นผู้อำนวยการหรือหัวหน้าของหน่วยงานนั้น และให้
หมายความรวมถึง การพิจารณา การอนุมัติ การอนุญาต การสั่งการ หรือการดำเนินการอื่น ที่จะพึงปฏิบัติราชการ
ในความรับผิดชอบของตน จึงประกาศรับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติของผู้สมัคร

เป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ ตำแหน่งสายงานทันตแพทย์ ประเภทวิชาการ ตั้งแต่ระดับ
ชำนาญการขึ้นไป

๒. ระยะเวลาที่รับสมัคร

รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๗ จนถึงวันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๗ โดยผู้ที่ประสงค์
จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกต้องยื่นใบสมัครผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น

๓. เอกสารประกอบการรับสมัคร

ใบสมัครพร้อมเอกสารประกอบการรับสมัคร จำนวน ๑ ชุด

๔. การคัดเลือกและการแต่งตั้ง

คณะกรรมการคัดเลือก จะดำเนินการคัดเลือกโดยวิธีการสัมภาษณ์ และการให้ผู้สมัครแสดง
วิสัยทัศน์ ตลอดจนพิจารณาจากประวัติการรับราชการ และเอกสารประกอบการสมัคร ทั้งนี้ ผู้ผ่านการคัดเลือก
จะได้รับการแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายภูษงค์ ชื่นชม)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน

ใบสมัคร
ขอรับการคัดเลือกเพื่อปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

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

๒. การดำรงตำแหน่ง

ดำรงตำแหน่ง.....ระดับชำนาญการ ตั้งแต่วันที่.....

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.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จ หรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมดสิทธิเข้ารับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือว่าเป็นโมฆะ

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

๗. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

.....
.....
.....
.....

(ลงชื่อ)

(.....)

(ตำแหน่ง)

(วันที่)/...../.....

สถานที่ติดต่อ

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....

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

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

โทรสาร.....E-mail.....