



ที่ นน ๐๐๓๓.๐๑๐/๕๓๒๒

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
ถนนน่าน - พู่ช้าง ตำบลผาสิงห์
อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐

๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อเลื่อนชั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้น

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง/สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศคณะกรรมการประเมินฯ จำนวน ๑ ชุด
๒. แบบใบสมัครและเอกสารประกอบการประเมินฯ จำนวน ๑ ชุด
๓. เอกสารประกอบการพิจารณาการนับระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง จำนวน ๑ ชุด
ในสายงานที่ขอเกือกลงในตำแหน่งที่ขอประเมินฯ

ด้วยคณะกรรมการประเมิน การเลื่อน การโอน ข้าราชการพลเรือนสามัญประเภททั่วไป ระดับชำนาญงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับอาวุโส ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดน่าน จะดำเนินการรับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อเลื่อนชั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งเจ้าพนักงานพัสดุ ประเภททั่วไป ระดับอาวุโส ตำแหน่งเลขที่ ๙๘๗๐๕ กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

ทั้งนี้ รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๘ ผู้สนใจประสงค์ จะสมัครดำรงตำแหน่งดังกล่าว ให้ส่งใบสมัครผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น จำนวน ๖ ชุด (ต้นฉบับ ๑ ชุด สำเนา ๕ ชุด) โดยส่งให้ถึงกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ชั้น ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ภายในวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๘ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดได้ทราบโดยทั่วกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายภูซังค์ ชื่นชม)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๕๔๗๑ ๙๖๒๓ ต่อ ๒๖๒

โทรสาร ๐ ๕๔๗๑ ๙๖๒๓ ต่อ ๒๕๔

หมายเหตุ : สำเนาเรียนหัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน



ประกาศคณะกรรมการประเมิน การเลื่อน การโอน ข้าราชการพลเรือนสามัญ
ประเภททั่วไป ระดับชำนาญงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับอาวุโส
เรื่อง รับสมัครข้าราชการเข้ารับการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
เจ้าพนักงานพัสดุ ประเภททั่วไป ระดับอาวุโส สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

ด้วยคณะกรรมการประเมินฯ ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง
จะดำเนินการรับสมัครข้าราชการเข้ารับการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไป
ระดับอาวุโส สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กำหนดไว้และเป็นไปตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๓ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ และหนังสือ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๘/ ว ๑๒๑๑ ลงวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๕ จึงประกาศ
รับสมัครข้าราชการเข้ารับการประเมินบุคคล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. ตำแหน่งที่รับสมัคร จำนวน ๑ ตำแหน่ง ดังนี้

๑.๑ ตำแหน่งเจ้าพนักงานพัสดุ ประเภททั่วไป ระดับอาวุโส ตำแหน่งเลขที่ ๙๘๗๐๕ กลุ่มงาน
บริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

๒. คุณสมบัติของบุคคลที่จะเข้ารับประเมินบุคคล

คุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตามมาตรฐานการกำหนดตำแหน่ง ดังนี้

๒.๑ มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งเจ้าพนักงานพัสดุ ระดับปฏิบัติงานและ

๒.๒ เคยดำรงตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับชำนาญงาน มาแล้วไม่น้อยกว่า ๖ ปี หรือดำรง
ตำแหน่งอย่างอื่นที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ ตามเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด โดยจะต้องปฏิบัติงานพัสดุหรือ
งานอื่นที่เกี่ยวข้องตามที่ส่วนราชการเห็นว่าเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบและลักษณะงานที่ปฏิบัติมาแล้ว
ไม่น้อยกว่า ๑ ปี

๓. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร

ให้ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการประเมินบุคคลยื่นใบสมัครและเอกสารต่างๆ ตามที่กำหนด
ที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ชั้น ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ตั้งแต่วันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๘
ถึงวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๘ ในวันและเวลาราชการ

๔. เอกสารที่ต้องยื่น

๔.๑ กรณีสายงานเดียวกันหรือต่างสายงานแต่จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกัน

(๑) ใบสมัครเข้ารับการประเมินบุคคล (เอกสารแนบท้าย ๑)

(๒) แบบประเมินบุคคล (เอกสารแนบท้าย ๒)

(๓) สำเนาวุฒิการศึกษา

(๔) สำเนาทะเบียนประวัติ (ก.พ.๗)

๔.๒ กรณีต่างสายงานและไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกัน

- (๑) ใบสมัครเข้ารับการประเมินบุคคล (เอกสารแนบท้าย ๑)
- (๒) แบบประเมินบุคคล (เอกสารแนบท้าย ๒)
- (๓) เอกสารประกอบการพิจารณาขอขึ้นระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่ขอเลื่อน
กับตำแหน่งที่ขอประเมิน
- (๔) สำเนาวุฒิการศึกษา
- (๕) สำเนาทะเบียนประวัติ (ก.พ.๗)

* หมายเหตุ : เอกสารที่ต้องยื่น ต้นฉบับ จำนวน ๑ ชุด และสำเนา จำนวน ๕ ชุด รวมจำนวน ๖ ชุด

๕. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก

๕.๑ การพิจารณาประเมินบุคคลจะพิจารณาตามองค์ประกอบและน้ำหนักคะแนน ดังนี้

- (๑) ข้อมูลบุคคล ได้แก่ ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติทางวินัย
และผลการปฏิบัติราชการ (๒๐ คะแนน)
- (๒) ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้อง
เหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง (๓๐ คะแนน)
- (๓) ผลสัมฤทธิ์ของงาน (ผลสำเร็จของงานที่ผ่านมา) (๓๐ คะแนน)
- (๔) ความประพฤติและคุณลักษณะอื่นๆ เช่น ดำรงหรือเคยดำรงตำแหน่งหัวหน้างาน
เป็นต้น (๑๐ คะแนน)
- (๕) อื่นๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ เสียสละ ภาวะผู้นำ (๑๐ คะแนน)

๕.๒ วิธีการประเมินบุคคล ประเมินจากแบบประเมินบุคคลและเอกสารประกอบตาม
องค์ประกอบตามหลักเกณฑ์การประเมินบุคคลและการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ ผู้ที่ผ่านการประเมินต้องได้รับคะแนน
รวมทุกองค์ประกอบ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

๕.๓ การแต่งตั้ง ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุจะพิจารณาแต่งตั้งจากผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลที่
เห็นว่าเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายภูษงค์ ชื่นชม)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน

ประธานคณะกรรมการประเมิน การเลื่อน การโอน ข้าราชการพลเรือนสามัญ

ประเภททั่วไป ระดับชำนาญงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

ประเภททั่วไป ระดับอาวุโส

ใบสมัคร
ขอรับการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ประเภททั่วไป
ระดับอาวุโส ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
ตำแหน่ง/ส่วนราชการ ที่จะสมัคร

รูปถ่าย
๑ x ๑.๕ นิ้ว

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

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

๒. การดำรงตำแหน่ง

ดำรงตำแหน่ง.....ระดับชำนาญงาน 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 หรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมิ่นสิทธิเข้ารับ
การประเมินบุคคลและหากได้รับการพิจารณาประเมินบุคคลแล้วจะถือว่าเป็นโมฆะ

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

๗. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

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

(ลงชื่อ)

(.....)

(ตำแหน่ง)

(วันที่)/...../.....

สถานที่ติดต่อ

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....

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

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

โทรสาร.....E-mail.....



แบบประเมินบุคคล
(กรณีการเลื่อนไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ระดับอาวุโส)

ของ

ชื่อ-นามสกุล
ตำแหน่ง/ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....
ส่วนราชการ.....

ขอประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

ตำแหน่ง/ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....
ส่วนราชการ.....



แบบประเมินบุคคล
กรณีการเลื่อนไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ระดับอาวุโส

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับการประเมิน

๑. ชื่อ-นามสกุล.....
๒. ตำแหน่ง(ปัจจุบัน) ตำแหน่งเลขที่
งาน/ฝ่าย/กลุ่ม
กอง/ศูนย์/สำนัก
ดำรงตำแหน่งปัจจุบันเมื่อ.....อัตราเงินเดือนปัจจุบัน
๓. ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งตำแหน่งเลขที่
งาน/ฝ่าย/กลุ่ม
กอง/ศูนย์/สำนัก กรม
๔. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้งปี.....เดือน
๕. ประวัติส่วนตัว (จาก ก.พ. ๗)
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.
อายุราชการ ปี เดือน
๖. ประวัติการศึกษา (ให้ระบุวุฒิทุกวุฒิที่ได้รับตั้งแต่แรกบรรจุ)
คุณวุฒิและวิชาเอก ปีที่สำเร็จการศึกษา สถาบัน
(ปริญญา/ปริญญาบัตร)
.....
.....
.....
๗. ประวัติการรับราชการ (ให้ระบุตั้งแต่การจ้างงานประเภท พนักงานราชการ/ลูกจ้างชั่วคราว/พนักงานกระทรวง
สาธารณสุข และข้าราชการ ตามแต่กรณี โดยให้แสดงเฉพาะกรณีที่เลื่อนระดับที่สูงขึ้น/การเปลี่ยนแปลงในสายงาน และ
ส่วนราชการ พร้อมแนบสำเนา ก.พ.๗)
วัน เดือน ปี ตำแหน่ง อัตราเงินเดือน สังกัด
(ตั้งแต่วันที่-วันที่)
.....
.....
.....
.....
.....

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับการประเมิน (ต่อ)

๘. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งที่ดำรงอยู่ หรือที่ได้รับมอบหมาย ณ ปัจจุบัน

.....

๙. ผลการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่ง (ย้อนหลัง ๒ ปีงบประมาณ)

ลำดับที่	ลักษณะงาน ด้านบริการ/ปฏิบัติการ	หน่วย นับ	จำนวน ผู้ร่วม ดำเนินการ	ปีงบประมาณ.....		ปีงบประมาณ.....	
				กลุ่มงาน	เฉพาะตัว	กลุ่มงาน	เฉพาะตัว

๑๐. ผลสัมฤทธิ์ของงาน (ให้ระบุผลงานเด่นที่รับผิดชอบโดยย่อ จำนวน ๑ เรื่อง จำนวน ๕ - ๑๕ หน้า)

.....

๑๑. กรณีผลงานที่ทำร่วมกันหลายคน ให้ระบุสัดส่วนผลงานเป็นร้อยละ โดยมีคำรับรองจากผู้มีส่วนร่วม
ดำเนินการ เรื่อง “.....”

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	สัดส่วนร้อยละ	ลายเซ็น
๑.
๒.

ขอรับรองว่าข้อรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้ขอรับการประเมิน

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือนพ.ศ.

๑๒. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ขอรับรองว่าข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของ นาย / นาง / น.ส.

เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๒ การประเมินคุณลักษณะเฉพาะบุคคล (สำหรับผู้บังคับบัญชา) คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน		
ก. การประเมินของผู้บังคับบัญชาในระดับหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน หรือเทียบเท่า		
รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ความประพฤติ พิจารณาคุณสมบัติอุปนิสัย และความประพฤติส่วนตัว ตลอดจนการปฏิบัติตามนโยบาย ระเบียบแบบแผนและ ข้อบังคับของส่วนราชการนั้น ๆ จรรยาบรรณและการรักษา วินัยข้าราชการโดยพิจารณาจากประวัติส่วนตัว ประวัติการทำงานและพฤติกรรมที่ปรากฏทางอื่น		
๒. ความรับผิดชอบหน้าที่ พิจารณาความตั้งใจในการทำงาน ความมุ่งมั่นที่จะทำงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จเป็นผลดี การไม่ละเลยต่องานรวมถึง ความเต็มใจและความกล้าที่จะรับผิดชอบต่อผลเสียที่อาจเกิดขึ้น ไม่ปิดความรับผิดชอบต่อผลเสียที่อาจเกิดขึ้น ไม่ปิดความ รับผิดชอบง่ายและความจริงใจที่จะปรับปรุงตัวเองให้ดีขึ้น		
๓. ความอดทน พิจารณาความมีมานะ อดทน เอาใจใส่ในหน้าที่การงาน ความ กระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน โดยอุทิศเวลาให้กับทางราชการ ไม่เฉื่อยชา และ มีความขยันหมั่นเพียร		
๔. ความสามารถในการปฏิบัติงานร่วมกับเพื่อนร่วมงาน อย่างมีประสิทธิภาพ พิจารณาความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น ยอมรับฟัง ความคิดเห็นของผู้อื่น และ ยอมรับในความสามารถของ ผู้ร่วมงานทุกระดับ		
๕. อื่น ๆ		
รวมคะแนน	๑๐๐	
(ลงชื่อ) ผู้บังคับบัญชาที่กำลังกำกับดูแล (.....) ตำแหน่ง..... วันที่..... เดือน พ.ศ.....		

ข. การประเมินของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

ความเห็นผู้บังคับบัญชา.....
.....
.....

(ลงชื่อ)ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่เดือนพ.ศ.....

ส่วนที่ ๓ การตรวจสอบคุณสมบัติผู้ขอรับการประเมิน (สำหรับหน่วยงานการเจ้าหน้าที่)

๑. คุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง

๑.๑ คุณวุฒิการศึกษา () ปวช. () ปวท. () ปวส. () อนุปริญญา

() ตรง

() ไม่ตรง

๑.๒ ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้ง () ครบ

() ไม่ครบ แต่จะครบกำหนดในวันที่.....

๒. ประวัติทางวินัย

() ไม่เคยถูกลงโทษทางวินัยและไม่อยู่ในระหว่างถูกสอบสวนหรือถูกลงโทษทางวินัย

() เคยถูกลงโทษทางวินัยเมื่อ

() อยู่ระหว่างถูกสอบสวนทางวินัย กรณี.....

() อยู่ระหว่างถูกลงโทษทางวินัย กรณี.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....(ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๔ แบบประเมินบุคคล (กรณี การเลื่อน/โอน ไปแต่งตั้งระดับที่สูงกว่าเดิม) ต่อ
(สำหรับเลขานุการคณะกรรมการประเมิน)

๔.๒ ระดับอาวุโส คณะกรรมการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง ประเมินบุคคล
ตามองค์ประกอบที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนด ดังนี้

ชื่อผู้รับการประเมิน

ตำแหน่งที่ขอประเมิน.....

๑.องค์ประกอบในการพิจารณา	น้ำหนักคะแนน ในแต่ละองค์ประกอบ	
	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑) ข้อมูลบุคคล ได้แก่ ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติทางวินัย และผลการปฏิบัติราชการ	๒๐	
๒) ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	๓๐	
๓) ผลสัมฤทธิ์ของงาน (ผลสำเร็จของงานที่ผ่านมา)	๓๐	
๔) ความประพฤติและคุณลักษณะอื่น ๆ เช่น ดำรงหรือเคยดำรง ตำแหน่งหัวหน้างาน เป็นต้น	๑๐	
๕) อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร -การสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ เสียสละ และภาวะผู้นำ	๑๐	
รวม	๑๐๐	

() ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมเฉลี่ยสูงสุดไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

() ไม่ผ่านการประเมิน เหตุผล.....

.....

(ลงชื่อ)ประธานคณะกรรมการ

(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อ)กรรมการ

(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อ)กรรมการ

(.....)

วันที่.....

ส่วนที่ ๕ สรุปผลการประเมินบุคคล (สำหรับเลขานุการคณะกรรมการประเมิน)

คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาประเมินบุคคล นาย / นาง / น.ส.
ในการประชุมครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
มีมติดังนี้

() ผ่านการประเมินบุคคล เมื่อวันที่.....

() ไม่ผ่านการประเมินบุคคล

เหตุผล.....

() ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)

(ลงชื่อ)ประธานคณะกรรมการฯ

(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อ)กรรมการ

(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อ)กรรมการ

(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อ)เลขานุการ

(.....)

วันที่.....

ส่วนที่ ๖ รายงานผลการประเมินบุคคล (สำหรับประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล)

คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาประเมินบุคคล ของ.....
ในการประชุมครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
มีมติดังนี้

- () สมควรแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(เจ้าพนักงานสาธารณสุข) ประเภททั่วไป ระดับอาวุโส ตำแหน่งเลขที่ ๙๙๘๐๓
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภูฟ้า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน

- () ยังไม่สมควรแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

เหตุผล.....

.....

(ลงชื่อ).....ประธานคณะกรรมการฯ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....