

แบบสรุปข้อมูลของประเมินบุคคล ปีงบประมาณ.....

ชื่อผู้ขอประเมิน..... ตำแหน่ง.....(ปัจจุบันที่ควรอยู่)..... ตำแหน่งเลขที่.....
 ฝ่าย/ กลุ่มงาน กลุ่มภารกิจ

โรงพยาบาล/ สำนัก/ สถาบัน กรมการแพทย์

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง.....(ตำแหน่งที่จะขอประเมิน)..... ตำแหน่งเลขที่.....
 ฝ่าย/ กลุ่มงาน กลุ่มภารกิจ

โรงพยาบาล/ สำนัก/ สถาบัน กรมการแพทย์

1. คุณสมบัติของตัวบุคคล		ผลการพิจารณา
1.1 วุฒิการศึกษา	ปี พ.ศ. (ที่จบ)	() เข้าหลักเกณฑ์ () ไม่เข้าหลักเกณฑ์
1.2 ประสบการณ์ (2 ระดับ) ตัวอย่างเช่น		
- เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2551		() เข้าหลักเกณฑ์
- เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2553		() ไม่เข้าหลักเกณฑ์
1.3 เงินเดือน	บาท (1เมษายน หรือ (1 ตุลาคม.....)	() เข้าหลักเกณฑ์
1.4 อายุ	ปี	() ไม่เข้าหลักเกณฑ์

2. ผลงานของบุคคล

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง(ชื่อเรื่อง จะต้องตรงกับ เอกสารที่ประกาศไว้ในตอนที่ 1)

ข้อเสนอแนะคิดเพื่อพัฒนา

เรื่อง(ชื่อเรื่อง จะต้องตรงกับ ข้อเสนอแนะคิดเพื่อการพัฒนา ในตอนที่ 1)

() ผ่าน

() ไม่ผ่าน

() ต้องแก้ไข

กรมรับเรื่องวันที่ หันนี้อาจแต่งตั้งได้ไม่ก่อนวันที่

(ลงชื่อ)(กรรมการ)

(.....)

แบบประเมินบุคคลและประเมินผลงาน

ของ

(ชื่อผู้ส่งประเมิน).....

ตำแหน่ง(ปัจจุบัน)..... ด้าน(ถ้ามี)..... สาขา(ถ้ามี).....

ตำแหน่งเลขที่

ฝ่าย/ กลุ่มงาน กลุ่มภารกิจ

โรงพยาบาล/ สำนัก/ สถาบัน กรมการแพทย์

ขอประเมินเพื่อ (1. แต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น) หรือ

(2. ขอรับเงินประจำตำแหน่ง)

ตำแหน่ง(ที่จะขอประเมิน)..... ด้าน(ถ้ามี)..... สาขา(ถ้ามี).....

ตำแหน่งเลขที่

ฝ่าย/ กลุ่มงาน กลุ่มภารกิจ

โรงพยาบาล/ สำนัก/ สถาบัน กรมการแพทย์

แบบฟอร์มการประเมินบุคคล (ระดับ ชำนาญการ – ชำนาญการพิเศษ)

แบบพิจารณาคุณสมบัติของบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อประเมินผลงาน

1. ชื่อ (ผู้รับการประเมิน).....

2. ตำแหน่ง(ตำแหน่งปัจจุบันที่ครองอยู่)..... ด้าน(ถ้ามี)..... สาขา(ถ้ามี).....

ตำแหน่งเลขที่.....

ฝ่าย/ กลุ่มงาน กลุ่มภารกิจ

โรงพยาบาล/ สำนัก/ สถาบัน กรมการแพทย์

ตำแหน่งนี้เมื่อ

อัตราเงินเดือนปัจจุบัน..... บาท อัตราเงินเดือนในปีงบประมาณที่แล้ว..... บาท

3. ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง..... ด้าน(ถ้ามี)..... สาขา(ถ้ามี).....

ตำแหน่งเลขที่.....

ฝ่าย/ กลุ่มงาน กลุ่มภารกิจ

โรงพยาบาล/ สำนัก/ สถาบัน กรมการแพทย์

4. ประวัติส่วนตัว (จาก ก.พ. 7)

เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

อายุราชการ..... ปี เดือน

5. ประวัติการศึกษา

คุณวุฒิและวิชาเอก ปีที่สำเร็จการศึกษา สถาบัน

(ปริญญา /ประกาศนียบัตร)....

6. ในอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ชื่อใบอนุญาต

วันที่ออกใบอนุญาต..... วันหมดอายุ

7. ประวัติการรับราชการ (จากเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน แสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ในระดับสูงขึ้นแต่ละระดับ และการเปลี่ยนแปลงในการดำรงตำแหน่งในสายงานต่างๆ)

วันเดือนปี ตำแหน่ง อัตราเงินเดือน สังกัด

..(ร.พ... กรมการแพทย์) ..

ตอนที่ 1	ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)		
ปี	ระยะเวลา	หลักสูตร	สถานที่
ตัวอย่าง			
.....2549.....	....10 พ.ย..(1วัน).....	..โครงการฝึกอบรม...	..โรงพยาบาลเลิดสิน...
.....	.....	..... (ชื่อหลักสูตร) .....	..(หน่วยงานผู้จัดหลักสูตร ..
.....	.....	.....	...ไม่ใช่โรงเรียน สถานที่จัด ..
.....	.....	.....	..... หรือประเทศ ที่ไป)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) (ผู้ขอรับการประเมิน)
(.....)
(วันที่)...../...../.....

หมายเหตุ ข้อ 1 - 8 ให้ผู้ขอรับการประเมินเป็นผู้กรอกข้อมูล และฝ่ายทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน
เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง

แบบแสดงรายละเอียดการเสนอผลงาน

ទីផ្សារក្នុងប្រជាជន

เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ด้าน สาขา (ถ้ามี)

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
4. สรุปสระและขั้นตอนการดำเนินการ
5. ผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี) 1 สัดส่วนของผลงาน
 - 2 สัดส่วนของผลงาน
 - 3 สัดส่วนของผลงาน
6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ (ระบุรายละเอียดของผลงานพร้อมสัดส่วนของผลงาน)
.....
.....
.....
7. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / คุณภาพ)
.....
.....
.....
8. การนำไปใช้ประโยชน์
-
.....
.....

9. ความยุ่งยากในการดำเนินการ / ปัญหา / อุปสรรค

.....
.....

10. ข้อเสนอแนะ

.....
.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้เสนอผลงาน

ขอรับรองว่าสัดส่วนหรือลักษณะงานในการดำเนินการของผู้เสนอข้างต้นถูกต้องตรงกับ
ความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) (ลงชื่อ)

(.....) (.....)

ผู้ร่วมดำเนินการ

ผู้ร่วมดำเนินการ

...../...../...../...../.....

(ลงชื่อ) (ลงชื่อ)

(.....) (.....)

ผู้ร่วมดำเนินการ

ผู้ร่วมดำเนินการ

...../...../...../...../.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) (ลงชื่อ)

(.....) (.....)

ตำแหน่ง

ตำแหน่ง

...../...../...../...../.....

(ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการดำเนินการ)

หมายเหตุ หากผลงานมีลักษณะเฉพาะ เช่น แผ่นพับ หนังสือ แบบบันทึกเสียง ฯลฯ ผู้เสนอผลงาน
อาจส่งผลงานจริงไปรอบการพิจารณาของคณะกรรมการได้

ข้อเสนอแนะคิด/วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพขึ้น

ชื่อผู้ขอประเมิน
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ตำแหน่งเลขที่
เรื่อง
หลักการและเหตุผล

บทวิเคราะห์ / แนวความคิด / ข้อเสนอ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้เสนอแนะคิด

...../...../.....

ผลงานวิชาการที่ผ่านมา ที่ใช้ในการประเมิน

ผลงานที่ใช้ในการประเมิน

เรื่อง.....

โดย

ชื่อผู้ขอประเมิน.....

ตำแหน่ง(ปัจจุบัน)..... ด้าน(ถ้ามี) สาขา(ถ้ามี).....

ตำแหน่งเลขที่.....

เพื่อขอแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง..... ด้าน(ถ้ามี) สาขา(ถ้ามี).....

ตำแหน่งเลขที่.....

ฝ่าย/ กลุ่มงาน กลุ่มภารกิจ

โรงพยาบาล/ สำนัก/ สถาบัน กรมการแพทย์

(ใช้เป็น รูปแบบ ของหน้าปกทางวิชาการ)

(แบบท้ายด้วย ผลงานวิชาการที่ผ่านมา ที่ใช้ในการประเมิน)