แบบประเมินคุณลักษณะและรับรองผลงานของลูกจ้างประจำ

**กรณีขอปรับระดับ 3/หัวหน้า หรือ 4 หรือ 4/หัวหน้า**

**ตำแหน่งพนักงานพิมพ์ พนักงานการเงินและบัญชี พนักงานพัสดุ พนักงานธุรการ ผู้ช่วยทันตแพทย์**

**และพนักงานห้องปฏิบัติการ**

**ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)**   **ตำแหน่งเลขที่**

**ตำแหน่ง**   **ระดับ**  **เงินเดือน**  **บาท**

**ขอกำหนดเป็นตำแหน่ง**  **ระดับ**

**กลุ่มงาน/ฝ่าย กลุ่มภารกิจ**   **โรงพยาบาล/สถาบัน/สำนัก**   **กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข**

**๑. การตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคล**

 **๑) สำเร็จการศึกษาระดับ**

 **๒) ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้าน**

 รวม ปี เดือน วัน

 **3) ตำแหน่งหัวหน้าต้องมีผู้ใต้บังคับบัญชา จำนวน ...............คน**

**สรุปผลการตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคล**

 ( ) ครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

 ( ) ไม่ครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด (ขาดคุณสมบัติข้อใด)

(ลงชื่อ) (ผู้ตรวจสอบ)

 ( )

 ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรบุคคล

 โรงพยาบาล/สถาบัน/สำนัก/ศูนย์ ....................................................

 (วันที่) / /

**๒. หน้าที่และความรับผิดชอบของตำแหน่ง (เดิม)**

**๓. หน้าที่และความรับผิดชอบของตำแหน่ง (ใหม่)**

**4. ปริมาณงานย้อนหลัง 3 ปี**

|  |  |
| --- | --- |
| **ปริมาณงาน****(ผลงานที่ผ่านมา)** | **ปริมาณงานย้อนหลัง 3 ปี** |
| **2553** | **2554** | **2555** |
|  |  |  |  |

ชื่อผู้ขอประเมิน ......................................................ตำแหน่ง .......................................... ระดับ.....................................

เพื่อแต่งตั้งลูกจ้างประจำให้ดำรงตำแหน่ง .......................................... ระดับ...........................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการประเมิน** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้รับ** |
| **คุณลักษณะของบุคคล ( สมรรถนะ )** - จริยธรรม - บริการที่ดี - มุ่งผลสัมฤทธิ์ - ความร่วมแรงร่วมใจ - เสียสละอุทิศตน - ความชำนาญในงานที่ปฏิบัติ**เกณฑ์การพิจารณาผลงาน** - ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ - กระบวนการ วิธีการ ขั้นตอนในการทำงาน  - ผลสำเร็จและผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับหน่วยงาน - การนำไปเป็นตัวอย่าง/ต้นแบบ ที่สามารถนำไปขยายผลได้  | (30 คะแนน)(15 คะแนน)(15 คะแนน)(20 คะแนน)(20 คะแนน) |  |
| **รวม** | **100 คะแนน** |  |

 (ลงชื่อผู้ให้คะแนน)...................................................

 ( ตำแหน่ง ).............................................................

 หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย

 โรงพยาบาล/สถาบัน/สำนัก/ศูนย์ ....................................................

 (วันที่) / /

**ความเห็นของผู้ประเมิน**

 ( ) ผ่านการประเมิน ( ได้คะแนนรวม 60 คะแนนขึ้นไป )

 ( ) ไม่ผ่านการประเมิน ( ได้คะแนนรวมไม่ถึง 60 คะแนน )

 เหตุผล

 **(ชื่อผลงาน)**............................................

(สำหรับพนักงานพิมพ์ พนักงานการเงินและบัญชี พนักงานพัสดุ พนักงานธุรการ

ผู้ช่วยทันตแพทย์ และพนักงานห้องปฏิบัติการ ระดับ ส 4)

1. การนำเสนอผลงานพัฒนาคุณภาพงาน

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

2. การดำเนินการโครงการต่างๆ

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

3. การประชุมต่างๆ โดยเป็นผู้จดรายงานการประชุม

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

(ลงชื่อ)………………………………………………..ผู้เสนอผลงาน

 (……………………………………………….)

 ตําแหนง……………………………………………………

การรับรองการปฏิบัติราชการ

ได้ตรวจสอบรายละเอียดแล้ว ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นของตำแหน่งเลขที่.............. ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานจริง ถูกต้องเป็นไปตามแนวทางและหลักเกณฑ์การบริหารอัตรากำลังลูกจ้างประจำที่กรมการแพทย์กำหนด

 (ลงชื่อ)

 ( )

 หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย

 โรงพยาบาล/สถาบัน/สำนัก/ศูนย์

 (วันที่) / /

 ( ) เห็นควรนำเสนอคณะกรรมการฯ ที่กรมการแพทย์แต่งตั้งพิจารณา

 ( ) ไม่เห็นควรนำเสนอคณะกรรมการฯ ที่กรมการแพทย์แต่งตั้งพิจารณา

 เหตุผล

 (ลงชื่อ)

 ( )

 ผู้อำนวยการ

 (วันที่) / /