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** | **คะแนน ที่ได้รับ** |
| **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) / /