



ประกาศคณะกรรมการประเมินฯ
เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อเลื่อนไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส)
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

ด้วยคณะกรรมการประเมินการเลื่อน การโอน ข้าราชการพลเรือนสามัญ ประเภททั่วไป ระดับชำนาญงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับอาวุโส จะดำเนินการคัดเลือก ข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(เจ้าพนักงานสาธารณสุขระดับอาวุโส) ซึ่งเป็นตำแหน่งว่าง เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ.สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ จึงประกาศรับสมัครคัดเลือก โดยมี รายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. ตำแหน่งที่รับสมัคร

๑.๑ ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุขระดับอาวุโส) ตำแหน่งเลขที่ ๒๙๓๖๘ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาบลหนองโสน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด

๑.๒ ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุขระดับอาวุโส) ตำแหน่งเลขที่ ๒๙๔๘๕ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาบลสะตอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด

๑.๓ ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุขระดับอาวุโส) ตำแหน่งเลขที่ ๒๙๕๔๕ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาบลน้ำเขียว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแหลมงอบ จังหวัดตราด

๒. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิเข้ารับสมัครคัดเลือก

๒.๑ เป็นผู้ดำรงตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

๒.๒ มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์การย้ายข้าราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๕๔

๒.๓ มีคำสั่งหรือมีหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชา มอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ทางการบริหาร ไม่ต่ำกว่าหัวหน้ากลุ่มงานมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี

๒.๔ ปฏิบัติหน้าที่หรือเคยปฏิบัติหน้าที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีอนามัย/สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมในโรงพยาบาลชุมชน (กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนในโรงพยาบาลชุมชน (เดิม)) มาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี

/๓. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร

๓. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร

ให้ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกยื่นใบสมัครและเอกสาร ตามที่คณะกรรมการประเมินฯ กำหนด ที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ตั้งแต่วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๕ ในวันและเวลาราชการ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.trathealth.com> หัวข้อข่าวประชาสัมพันธ์

๔. เอกสารที่ใช้ในการสมัครเพื่อขอรับการคัดเลือก

๔.๑ ใบสมัคร	จำนวน ๖ ชุด
๔.๒ สำเนาวุฒิการศึกษา	จำนวน ๖ ชุด
๔.๓ สำเนาทะเบียนประวัติ (ก.พ.๗)	จำนวน ๖ ชุด
๔.๔ แบบประเมินบุคคลและผลงานหรือเอกสารประกอบการคัดเลือก	จำนวน ๖ ชุด
๔.๕ แบบประเมินสมรรถนะผู้สมัคร (ฉบับจริง ๑ ชุด สำเนา ๕ ชุด)	จำนวน ๖ ชุด

คณะกรรมการคัดเลือกฯ จะพิจารณาเฉพาะผู้ที่ส่งเอกสารครบถ้วนสมบูรณ์เท่านั้น

๕. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก

วิธีการคัดเลือก พิจารณาจากเอกสารใบสมัคร ผลงาน ประวัติการรับราชการ เอกสารประกอบ และการสัมภาษณ์ และพิจารณาจากองค์ประกอบ ดังนี้

๕.๑ ข้อมูลบุคคล ได้แก่ ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติทางวินัย และผลการปฏิบัติราชการ	๒๐ คะแนน
๕.๒ ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	๓๐ คะแนน
๕.๓ ผลสัมฤทธิ์ของงาน (ผลสำเร็จของงานที่ผ่านมา)	๓๐ คะแนน
๕.๔ ความประพฤติและคุณลักษณะอื่นๆ เช่น ดำรงตำแหน่งหัวหน้างานเป็นต้น	๑๐ คะแนน
๕.๕ เกณฑ์อื่นๆ เช่น ภาวะผู้นำ มนุษยสัมพันธ์ ความเสียสละ	๑๐ คะแนน

ทั้งนี้ ผู้ได้รับการคัดเลือกจะต้องได้คะแนนรวมเฉลี่ยสูงสุด และได้คะแนนรวมเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

๖. แนวทางการแต่งตั้ง

ตามแนวทางตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๘/ว ๑๒๑๑ ลงวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๕

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๕

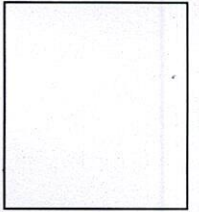
(ลงชื่อ)

(นายธนวัฒน์ วงศ์ผั่น)

ประธานคณะกรรมการประเมินฯ

ใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกข้าราชการ

เพื่อเลื่อนไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง.....



๑. ข้อมูลส่วนบุคคล (แบบ ก.พ.๗)

ชื่อ.....นามสกุล.....
วัน เดือน ปีเกิด.....อายุตัว.....ปี อายุราชการ.....ปี
ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....
ส่วนราชการ(ตาม จ.๑๘).....ตั้งแต่วันที่.....
อัตราเงินเดือน.....บาท โทรศัพท์.....

๒. การดำรงตำแหน่ง

ดำรงตำแหน่ง.....ระดับปฏิบัติงาน/ปฏิบัติการ ตั้งแต่.....
ดำรงตำแหน่ง.....ระดับชำนาญงาน/ชำนาญการ ตั้งแต่.....

๓. วุฒิการศึกษา (แบบหลักฐาน)

- อนุปริญญา.....สาขา.....
สถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....
 ปริญญาตรี.....สาขา.....
สถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....

๔. ผลการเลื่อนเงินเดือน ย้อนหลัง ๓ ปี (๖ รอบการประเมิน)

() ๑ ต.ค..... ได้เลื่อนเงินเดือน.....% () ๑ เม.ย..... ได้เลื่อนเงินเดือน.....%
() ๑ ต.ค..... ได้เลื่อนเงินเดือน.....% () ๑ เม.ย..... ได้เลื่อนเงินเดือน.....%
() ๑ ต.ค..... ได้เลื่อนเงินเดือน.....% () ๑ เม.ย..... ได้เลื่อนเงินเดือน.....%

๕. เคยดำรงตำแหน่งทางการบริหาร(หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้ากลุ่มงาน/ผอ.รพสต./รักษาการ ผอ.รพสต./
อื่นๆ(ระบุ).....จำนวน.....ปี.....เดือน (แบบคำสั่ง) () ไม่เคย

๖. รางวัล/ใบประกาศเกียรติคุณหรือผลงานเด่นส่วนบุคคล(แบบหลักฐาน) / ส่วนของหน่วยงานที่มีชื่อ
ของผู้สมัครรวมอยู่ด้วย (แบบหลักฐาน)

() เคยได้รับระดับ () ประเทศ () เขตฯ () จังหวัด () ไม่เคยได้รับ

๗. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งนี้หากตรวจสอบใน
ภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิ์ได้รับการคัดเลือก
และหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกไปแล้วก็จะถือว่า การคัดเลือกดังกล่าวเป็นโมฆะ.

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

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

๘. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชา (สาธารณสุขอำเภอ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา

(.....)



แบบประเมินบุคคล
(กรณีการเลื่อนไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ระดับชำนาญงาน / ระดับอาวุโส)

ของ

ชื่อ-นามสกุล

ตำแหน่ง/ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....

ส่วนราชการ.....

ขอประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

ตำแหน่ง/ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....

ส่วนราชการ.....

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.....เดือน.....พ.ศ.

๑๒. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ขอรับรองว่าข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของ นาย / นาง / น.ส.

เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
(.....)

ตำแหน่ง ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(ลงชื่อ)
(.....)

ตำแหน่ง ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

ข. การประเมินของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

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

(ลงชื่อ)ผู้ประเมิน
(.....)

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.....