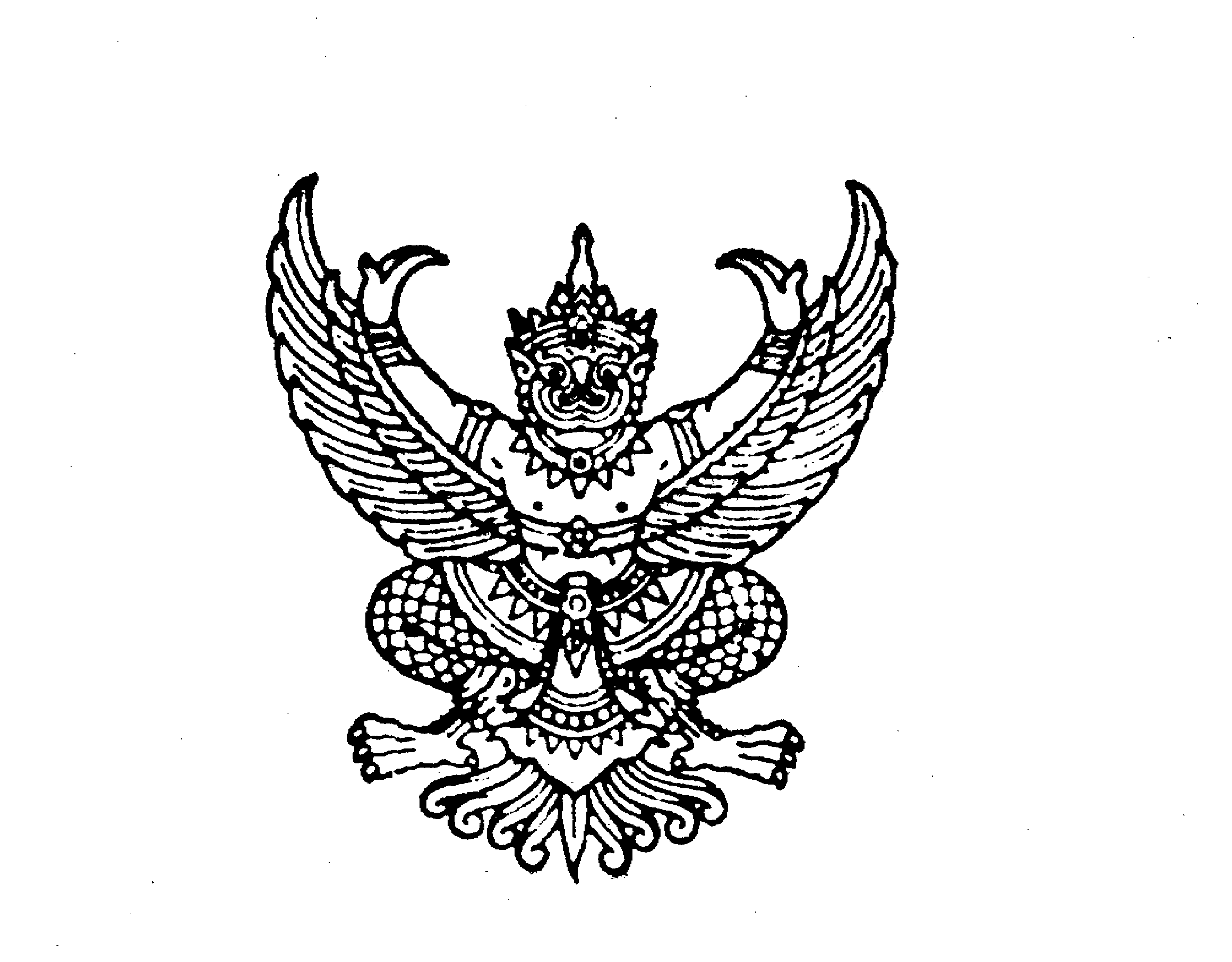
****

**แบบฟอร์ม\_2.5**

ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ

เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาล.................................   
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.................................

ตามประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ ลงวันที่..................... พ.ศ. ...........ได้ประกาศ รับสมัครข้าราชการเข้ารับการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาล....................... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด......................................... จำนวน ........... ตำแหน่ง โดยเปิดรับสมัคร ตั้งแต่วันที่..................... ถึงวันที่....................... นั้น

บัดนี้ การรับสมัครสิ้นสุดแล้ว ได้ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นจากข้อมูลที่ผู้สมัครได้รับรองไว้แล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาล........................... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด............................ ดังนี้

**1. ตำแหน่ง............................**   
 1. นาย.............................  
 2. นางสาว.......................  
 **2. ตำแหน่ง............................**  
 1. นาย.............................  
 2. นางสาว.......................

โดยให้ผู้มีสิทธิ์เข้ารับการประเมินบุคคลฯ ตามรายชื่อดังกล่าว เข้ารับการประเมินบุคคล (สัมภาษณ์) ในวันที่ ................................................. เวลา …….………. น. ณ ห้อง........................ ชั้น .......... อาคาร ......................... โรงพยาบาล...............................................สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.............................................................................................. และในกรณีที่มีความจำเป็นอาจมีการเปลี่ยนแปลง วัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ได้ตามความเหมาะสม

ทั้งนี้ ได้ตรวจสอบเอกสารและข้อเท็จจริงที่ผู้สมัครได้ยื่นและรับรองตนเองในใบสมัครว่าข้อความที่แจ้งไว้ในใบสมัครถูกต้องเป็นจริง ดังนั้น หากปรากฏภายหลังว่าผู้สมัครรายใดมีคุณสมบัติไม่ตรง  
ตามหลักเกณฑ์การคัดเลือกตามที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด จะถือว่าผู้สมัครรายนั้นเป็นผู้หมดสิทธิ์ได้รับการคัดเลือก

ประกาศ ณ วันที่ ................... พ.ศ. ................

(ลงชื่อ) ..........................................

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

ประธานกรรมการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาล....................สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด....................