รูปถ่าย

1 x 1.5 นิ้ว

**ใบสมัครคัดเลือก**

เพื่อเลื่อนให้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุข อาวุโส)  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ-สกุล ....................................................................ตำแหน่ง…...................................ระดับ…....................... วัน เดือน ปี ที่เกิด…........................................................อายุตัว…......................ปี

วัน เดือน ปี ที่บรรจุรับราชการ ...............................................อายุราชการ…........................ปี

วัน เดือน ปี ที่เกษียณอายุ…............................................

อัตราเงินเดือน..........................................................บาท

โทรศัพท์…..........................................................E-mail………………………………………..………………………………

2. การดำรงตำแหน่ง ประวัติการดำรงตำแหน่ง

- ดำรงตำแหน่ง….............................................ระดับ.................................. ตั้งแต่วันที่…................................

ส่วนราชการ….......................................................................…………………………….....………………………………

- ดำรงตำแหน่ง….............................................ระดับ.................................. ตั้งแต่วันที่…................................

ส่วนราชการ….......................................................................…………………………….....………………………………

3. ความผิดทางวินัย

🌕 ไม่มี

🌕 ถูกสอบสวน….......................................................................เมื่อ…..................................................

🌕 ถูกลงโทษ…..........................................................................เมื่อ….................................................

4. วุฒิการศึกษา (โปรดแนบหลักฐาน)

🌕 ประกาศนียบัตร............................................................................…...............................................

สถาบัน...............…...............................................จบการศึกษาเมื่อ................................................

🌕 ปริญญาตรี…..........................................................สาขา…..............................................................

สถาบัน…...............................................................จบการศึกษาเมื่อ…............................................

* ปริญญาโท…...........................................................สาขา…..............................................................

สถาบัน…...............................................................จบการศึกษาเมื่อ…............................................

🌕 อื่น ๆ .........…........................................................สาขา…..............................................................

สถาบัน…...............................................................จบการศึกษาเมื่อ..............…..............................

5. ผลสัมฤทธิ์ของงาน (ผลงานเด่น เรื่องเดียวกับแบบประเมินบุคคล ข้อ 10)  
ชื่อเรื่อง ….......................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………

/ข้าพเจ้า...

-2-

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จ หรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมดสิทธิเข้ารับ  
การประเมินบุคคลและหากได้รับการพิจารณาประเมินบุคคลแล้วจะถือว่าเป็นโมฆะ

ลงชื่อ…...........................................ผู้ขอรับการประเมินบุคคล

(….................................................)

(วันที่) .........../...................../................

6. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น …………………………………........................…………………………………………………………………………………………………….………….................................................................................................................................................................................................................................................................…………………………………........................……………...……………………………………………………………………………………………………………………........................……………..…

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

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

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

(วันที่) .........../...................../................

สถานที่ติดต่อ

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่…....................................ซอย/ตรอก…..............................ถนน….............................................

แขวง/ตำบล….....................................เขต/อำเภอ….............................จังหวัด….....................................

รหัสไปรษณีย์….......................โทรศัพท์บ้าน…................................โทรศัพท์มือถือ…...............................

โทรสาร…........................................E-mail……………………………………………………………………….………….

**แบบแสดงความประสงค์สมัครเลื่อนเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง**

**ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส)**

**(สมัครได้ไม่เกิน 3 หน่วยงาน)**

ให้เรียงลำดับตามความสำคัญ จาก 1 ถึง 3

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ....................................................................................
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ....................................................................................
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ....................................................................................