

ใบสมัคร

ขอรับการคัดเลือกข้าราชการเพื่อเลื่อนไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุข ระดับอาวุโส)
(ประเภททั่วไป ระดับอาวุโส)

รูปถ่าย

๑ x ๑.๕ นิ้ว

สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

ตำแหน่ง

ตำแหน่งเลขที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีนอนามัย

เฉลิมพระเกียรติ..... สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ..... จังหวัด.....

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ..... ชื่อสกุล.....

วัน เดือน ปีเกิด..... อายุตัว.....ปี อายุราชการ.....ปี

วันเกษียณอายุ..... ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....(ด้าน.....(ถ้ามี))

ระดับ..... ส่วนราชการ.....

ตั้งแต่วันที่..... ปัจจุบันอัตราเงินเดือน.....บาท

๒. การดำรงตำแหน่งระดับชำนาญงาน หรือปฏิบัติงาน

๒.๑ ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญงาน (ครั้งแรก) ตำแหน่ง.....(ด้าน.....(ถ้ามี))

ตั้งแต่วันที่.....

๒.๒ ดำรงตำแหน่งระดับปฏิบัติงาน (ครั้งแรก) ตำแหน่ง.....(ด้าน.....(ถ้ามี))

ตั้งแต่วันที่.....

๓. ความผิดทางวินัย เป็นผู้อยู่ระหว่าง

☐ ถูกสอบสวน.....เมื่อ.....

☐ ถูกลงโทษ.....เมื่อ.....

☐ ไม่มี

๔. วุฒิการศึกษา (โปรดแนบหลักฐาน)

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.).....สาขา.....

สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....

☐ ปริญญาตรี.....สาขา.....

สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....

☐ ปริญญาโท.....สาขา.....

สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....

☐ ปริญญาเอก.....สาขา.....

สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....

☐ ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ถ้ามี) เลขที่.....

วันออกใบอนุญาต.....วันหมดอายุ.....

๕. ประวัติการรับราชการ

ชื่อตำแหน่ง และระดับตำแหน่ง	ประเภทตำแหน่ง	ช่วงเวลาที่ยังดำรงตำแหน่ง	ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง
๑.....			
๒..... ฯลฯ			

๖. ประวัติ...

๖. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน

ปี	ระยะเวลา	หลักสูตร	สถาบัน
๑.....			
๒.....			
ฯลฯ			

๗. ความรู้และความชำนาญในการปฏิบัติงานในตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

๑).....

๒).....

๘. ความสามารถในการปฏิบัติงานให้สำเร็จได้ดีในตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

๑).....

๒).....

๙. ผลสัมฤทธิ์ของงาน (ผลงานเด่น เรื่องเดียวกับแบบประเมินบุคคล) (ข้อ ๑๐)

๑).....

๒).....

๑๐. คุณลักษณะส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้สมัครที่เห็นว่าเด่นและเกี่ยวข้องกับงาน (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

๑).....

๒).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จ หรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมดสิทธิเข้ารับคัดเลือก และหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือว่าเป็นโมฆะ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับการประเมินบุคคล
(.....)
(วันที่)/...../.....

๑๑. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

.....

.....

.....

.....

(ลงชื่อ)

(.....)

(ตำแหน่ง)

(วันที่)/...../.....

สถานที่ติดต่อ (ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือก)

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

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

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

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

โทรสาร..... E-mail.....