รูปถ่าย

1 x 1.5 นิ้ว

**ใบสมัคร**

**ขอรับการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ประเภทวิชาการ   
 ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง**

**ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)**

**ส่วนราชการที่สมัคร**

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบล......................................

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ............................................ จังหวัดอ่างทอง (ตำแหน่งเลขที่.....................)

**1. ข้อมูลส่วนบุคคล**

ชื่อ…......................................................................ชื่อสกุล……..........................................................................

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

วันเกษียณอายุ…..................................................ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง….......................................................

ระดับ…...................................................ส่วนราชการ…...................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ตั้งแต่….....................................................................อัตราเงินเดือน..........................................................บาท

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

**2. การดำรงตำแหน่ง**

ดำรงตำแหน่ง…............................................................ ระดับชำนาญการ ตั้งแต่….....................................

**3. ความผิดทางวินัย เป็นผู้อยู่ระหว่าง**

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

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

🌕 ไม่มี

**4. วุฒิการศึกษา (โปรดแนบหลักฐาน)**

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

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

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

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

🌕 ปริญญาเอก…........................................................สาขา…..............................................................

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

🌕 ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ………..........................................เลขที่…...............................................

วันออกใบอนุญาต…...............................................วันหมดอายุ…....................................................

**5. ผลงานวิชาการที่จะส่งประเมิน** (ตามที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด)  
ผลงานเรื่องที่ 1 …เรื่อง....................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………  
ผลงานเรื่องที่ 2 …เรื่อง....(ถ้ามี)…....................................................................................................................

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

/6.ข้อเสนอแนวคิด...

- 2 -

**6. ข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน/ปรับปรุงงาน ที่จะส่งประเมิน**

เรื่อง…………......................................................................................................................................................

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จ หรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมดสิทธิเข้ารับ  
การประเมินบุคคลและหากได้รับการพิจารณาประเมินบุคคลแล้วจะถือว่าเป็นโมฆะ

ลงชื่อ…...........................................ผู้ขอรับเข้ารับการประเมินบุคคล

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

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

**7. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น** …………………………………........................…………………………………………………………………………………………………….………….................................................................................................................................................................................................................................................................…………………………………........................……………...……………………………………………………………………………………………………………………........................……………..…

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

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

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

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

สถานที่ติดต่อ

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

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

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

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

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