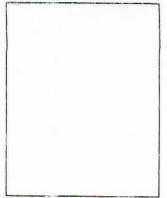


แบบใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อย้ายไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
นายแพทย์ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ระดับเชี่ยวชาญ ตำแหน่งเลขที่ ๙๗๐๔๙
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่



๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อผู้สมัคร.....สกุล.....
วัน เดือน ปี เกิด.....อายุตัว.....ปี อายุราชการ.....ปี
บรรจุเข้ารับราชการ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....วันเกษียณอายุ.....
ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....ประเภท.....ระดับ.....
เลขที่ตำแหน่ง.....ส่วนราชการ.....
ตั้งแต่.....อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....บาท
โทรศัพท์.....E-mail.....

๒. วุฒิการศึกษา (ทั้งในประเทศและต่างประเทศ) โปรดแนบหลักฐาน

๒.๑ ปริญญาตรี.....สาขา.....
สถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....
๒.๒ ปริญญาโท.....สาขา.....
สถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....
๒.๓ ปริญญาเอก.....สาขา.....
สถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....

๓. การดำรงตำแหน่ง

๓.๑ ดำรงตำแหน่ง ระดับชำนาญการ (ระดับ ๗) ตั้งแต่.....เป็นเวลา.....ปี.....เดือน
๓.๒ ดำรงตำแหน่ง ระดับชำนาญการพิเศษ (ระดับ ๘) ตั้งแต่.....เป็นเวลา.....ปี.....เดือน
๓.๓ ดำรงตำแหน่ง ระดับเชี่ยวชาญ (ระดับ ๙) ตั้งแต่.....เป็นเวลา.....ปี.....เดือน
๓.๔ ดำรงตำแหน่งอื่นที่ได้รับมอบหมายและเคยได้รับมอบหมาย.....
.....

๔. การพิจารณาความดีความชอบ

๔.๑ ได้รับการพิจารณาเลื่อนเงินเดือน ๒ ชั้น จำนวน.....ครั้ง
๔.๒ ได้รับการพิจารณาเลื่อนเงินเดือนในระดับผลการประเมินดีเด่น จำนวน.....ครั้ง

๕. ประวัติการถูกล่วงหาเรื่องเรียนหรือถูกลงโทษทางวินัยหรืออาญา เว้นแต่กรณีกระทำโดยประมาท หรือลหุโทษที่ไม่ได้ทำให้ราชการได้รับความเสียหายอย่างร้ายแรง

๕.๑ เคยถูกล่วงหาเรื่องเรียนทางวินัยหรือไม่

() ไม่เคย

() เคย

.....
.....

๕.๒ เคยถูกลงโทษทางวินัยหรือไม่

() ไม่เคย

() เคย

๕.๓ เคยถูกกล่าวหาเรื่องเรียนทางอาญาหรือไม่

() ไม่เคย

() เคย

๕.๔ เคยถูกลงโทษทางอาญาหรือไม่

() ไม่เคย

() เคย

๖. การฝึกอบรม/ดูงาน

๖.๑ การฝึกอบรม (โปรดแนบหลักฐาน)

๑. หลักสูตร.....ตั้งแต่.....ถึง.....

๒. หลักสูตร.....ตั้งแต่.....ถึง.....

๓. หลักสูตร.....ตั้งแต่.....ถึง.....

๖.๒ การดูงาน

๑.ตั้งแต่.....

๒.ตั้งแต่.....

๓.ตั้งแต่.....

๗. วิสัยทัศน์/ความคาดหวัง

๘. แนวทางการดำเนินการและการแก้ปัญหา

๙. แผนงาน/โครงการที่จะดำเนินการเมื่อดำรงตำแหน่งที่สมัครในอนาคต

๑๐. ผลงาน หรือรางวัลที่เคยได้รับ

.....

.....

๑๑. บุคคลอ้างอิง จำนวน ๓ ท่าน

๑.ตำแหน่ง.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

โทรศัพท์.....

๒.ตำแหน่ง.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

โทรศัพท์.....

๓.ตำแหน่ง.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมิ่นสิทธิได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ

ลงชื่อ.....(ผู้ขอรับการคัดเลือก)

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑๒. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑๓. คำรับรอง/ความเห็นของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สถานที่ติดต่อ

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....

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

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

โทรสาร.....e-mail.....

หมายเหตุ กรุณาแนบสำเนา ก.พ. ๗ และสำเนาวุฒิการศึกษาต่าง ๆ ที่ระบุมาพร้อมกับใบสมัครด้วย

หนังสือยืนยันของผู้สมัครตำแหน่งนายแพทย์ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ระดับเชี่ยวชาญ
ตำแหน่งเลขที่ ๙๗๐๔๙ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
ตำแหน่งเลขที่.....สังกัด.....

เป็นผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกตำแหน่ง.....
ตำแหน่งเลขที่.....สังกัด.....

ขอยืนยันว่าหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าจะปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งดังกล่าวข้างต้น ให้เต็มความรู้
ความสามารถ ด้วยความวิริยะ อุตสาหะ

(ลงชื่อ).....

(.....)

(ตำแหน่ง).....

วันที่.....

แบบแสดงผลงานดีเด่น / รางวัลเกียรติยศ

ประกอบการพิจารณาแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งนายแพทย์ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ระดับเชี่ยวชาญ
ตำแหน่งเลขที่ ๙๗๐๔๙ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ผลงาน	เมื่อดำรงตำแหน่ง (ช่วงเวลา ที่ดำเนินการ)	ประโยชน์ของผลงาน/ การได้รับการยอมรับ	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

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