

ใบขอย้าย

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน

1. ข้าพเจ้า วุฒิ

ใบอนุญาต วุฒิบัตร

2. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง ระดับ

ตำแหน่งเลขที่ ส่วนราชการ

ดำรงตำแหน่งเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. อัตราเงินเดือนปัจจุบัน บาท

ปฏิบัติราชการจริงที่

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

ขณะนี้

☐ อยู่ในช่วงการลาศึกษา/ฝึกอบรม / หรือดูงาน หลักสูตร
ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.

☐ ไม่อยู่ในช่วงการลาศึกษา/ฝึกอบรม / ดูงาน

☐ อยู่ในช่วงปฏิบัติงานขอใช้ทุนหลักสูตร
ต้องปฏิบัติงานขอใช้ทุน ปี ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.
ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.

☐ ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

3. ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่ง ระดับ

ส่วนราชการ

เหตุผลในการขอย้าย

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลพร้อมนี้แล้วจำนวน ฉบับ

4. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรง
ตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

☐ ยินยอมลดระดับ ☐ ไม่ยินยอมลดระดับ

5. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

☐ ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย

☐ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ อยู่ในช่วงประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอนำผลประเมินวิชาการ
ที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

6. ในการขอย้ายครั้งนี้หากทางราชการอนุญาตให้ย้ายได้ ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย / ใน ☐ ที่ต้องการ)

- 6.1 เงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว ☐ ขอเบิก ☐ ไม่ขอเบิก
6.2 เงินค่าพาหนะเดินทาง ☐ ขอเบิก ☐ ไม่ขอเบิก
6.3 เงินค่าเบี้ยเลี้ยง ☐ ขอเบิก ☐ ไม่ขอเบิก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอย้าย
(.....)

การรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่

ตามที่ (นาย , นาง , นางสาว)
ตำแหน่ง..... มี
ความประสงค์ขอย้ายไปดำรงตำแหน่งทางจังหวัด..... นั้น ได้พิจารณา

- ☐ ให้เบิกตามรายการที่ระบุใน 6
☐ ให้เบิกเฉพาะรายการที่
☐ ไม่ให้เบิกทุกรายการที่ระบุใน 6

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

- หมายเหตุ 1. กรณีขอย้ายติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งย้ายหรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส
2. กรณีขอย้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม
3. กรณีขอย้ายเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณีที่บิดา มารดา
อายุต่ำกว่า 65 ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองจากแพทย์ด้วย
4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการกอง หรือ
หัวหน้าหน่วยราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้เป็นผู้ให้การรับรอง
เบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับ ตำแหน่งใหม่ แล้วแต่กรณี

บันทึกประกอบการขอย้าย / โอน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ส่วนราชการ.....

มีความประสงค์จะขอย้าย / โอน ไปรับราชการที่

☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
แต่ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย / โอน

☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอนไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่

☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่าง ประเมินผลงาน
ทางวิชาการ

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่โดยขอให้นำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิม
ขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย / โอน
วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานเจ้าหน้าที่
วันที่.....

ใบขอโอน

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุมัติรับราชการ

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....วุฒิ.....
ใบอนุญาต.....วุฒิบัตร.....

๒. ปัจจุบันเป็นข้าราชการ.....ตำแหน่ง.....ฝ่าย/กลุ่ม/
ศูนย์.....กอง.....กรม.....โทรศัพท์.....
ดำรงตำแหน่งนี้เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....บาท

ขณะนี้ ☐ อยู่ระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ
☐ พ้นจากการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ
☐ อยู่ระหว่างการศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดูงาน หลักสูตร.....
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

☐ ไม่อยู่ระหว่างการศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดูงาน
☐ อยู่ระหว่างปฏิบัติงานขอใช้ทุน หลักสูตร.....
ต้องปฏิบัติงานขอใช้ทุน.....ปี ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
☐ ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

๓. ขออนุมัติดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....
ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอโอน คือ
และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว จำนวนฉบับ

๔. ประวัติส่วนตัว
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน
๙-๙๙๙๙-๙๙๙๙๙-๙๙-๙ เริ่มรับราชการเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
อายุราชการ.....ปี.....เดือน (นับถึงเดือน.....พ.ศ.....) ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัด).....
ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

☐ เป็นสมาชิก กบข. ประเภท ☐ สะสม ☐ ไม่สะสม
☐ ไม่เป็นสมาชิก กบข.

๕. ประวัติการศึกษา

คุณวุฒิ	สาขาวิชาเอก	ปีที่จบการศึกษา

๖. ☐ ไม่เคยผ่านการประเมินบุคคลและผลงานมาก่อน

☐ เคยผ่านการประเมินบุคคลและผลงาน

โดยวิธีการ ☐ สอบหรือประเมินตาม ว ๓๔/๔๗ ในตำแหน่ง

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยวิธีการ ☐ สอบหรือประเมินตาม ว ๑๖/๓๘ หรือ ว ๑๐/๔๘ ในตำแหน่ง.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๗. ประวัติการรับราชการ (จากเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบันแสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้น แต่ระดับและการเปลี่ยนแปลงในการดำรงตำแหน่งในสายงานต่างๆ)

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	อัตราเงินเดือน	สังกัด

๘. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน

ปี พ.ศ.	ระยะเวลา	หลักสูตร	สถาบัน

๙. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งปัจจุบัน

๙.๑.....

๙.๒.....

๙.๓.....

๑๐. หากตำแหน่งที่เข้ารับโอนเข้าพเจ้าเป็นตำแหน่งที่มีอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่ในปัจจุบัน ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับเงินเดือนขั้นที่มีอยู่ของตำแหน่งที่จะรับโอนไปก่อนจนกว่าจะสั่งพอกอัตราให้

๑๑. กรณีที่ ก.พ. อนุมัติให้รับโอนในระดับและอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ได้รับอยู่เดิม ข้าพเจ้า

☐ ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ

☐ ไม่ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ

๑๒. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่.....

☐ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอน

☐ ไม่ประสงค์จะรอลื่อนระดับก่อนโอน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอโอน

(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าตำแหน่ง.....

ระดับ.....(ส่วนราชการ).....

เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า

เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ มีความสนใจ และอุตสาหะ
ในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

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

หมายเหตุ ๑. กรณีขอโอนติดตามคู่สมรส ให้แนบหลักฐานที่แสดงว่าคู่สมรสมีภูมิลำเนา หรือปฏิบัติงานอยู่ใน
จังหวัดที่ขอโอนไป

๒. กรณีขอโอนกลับภูมิลำเนาเดิม ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม

๓. กรณีขอโอนเพื่อดูแลบิดา มารดา หรือ บุตร ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา หรือบุตร
และใบรับรองแพทย์ ในกรณีที่บิดา มารดา หรือ มีโรคประจำตัว

๔. กรณีขอโอนตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ให้แนบสำเนาใบประกอบวิชาชีพ

คำรับรองของผู้บังคับบัญชานิยมให้ข้าราชการในสังกัดย้าย/โอน

ตามที่ นาย/นาง/นางสาว ตำแหน่ง.....
ประเภท.....ระดับ.....ส่วนราชการ.....

ได้ยื่นใบสมัครขอย้าย/ขอโอน ที่กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ นั้น

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ตำแหน่ง.....
ประเภท.....ระดับ.....ส่วนราชการ.....

ไม่ขัดข้องยินดีให้ นาย/นาง/นางสาว.....ไปดำรงตำแหน่ง
ที่กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ได้

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

หมายเหตุ : นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป
ผู้อำนวยการกอง เป็นผู้ให้คำรับรองยินยอมให้ย้าย/โอน



แบบประเมินบุคคล
(กรณีการย้าย และการโอน)

ของ

ชื่อ-นามสกุล
ตำแหน่ง/ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....
ส่วนราชการ.....

ขอประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

ตำแหน่ง/ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....
ส่วนราชการ.....



แบบประเมินบุคคล
(กรณีการย้าย และการโอน)
ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รูปถ่าย
ขนาด ๑ นิ้ว

ส่วนที่ ๑ คำขอประเมิน

กรณี ☐ การย้าย ☐ การโอน

ขอประเมิน เพื่อ ☐ ย้าย ☐ โอน ไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

ตำแหน่งเลขที่ งาน/ฝ่าย/กลุ่ม

กอง/ศูนย์/ส่วน/สำนัก กรม

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับการประเมิน

๑. ชื่อ-นามสกุล

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี เดือน

ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัด) ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ หมู่ที่

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ เบอร์โทรศัพท์มือถือ

๒. ตำแหน่ง(ปัจจุบัน) ตำแหน่งเลขที่

งาน/ฝ่าย/กลุ่มงาน

กอง/ศูนย์/สำนัก

ดำรงตำแหน่งปัจจุบันเมื่อ อัตราเงินเดือนปัจจุบัน

อายุราชการ ปี เดือน

() ปฏิบัติราชการจริง ตำแหน่ง

สังกัด ตั้งแต่วันที่

๓. เหตุผลในการขอย้าย/โอน คือ

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว จำนวน ฉบับ

๔. ข้อมูลพัวพันกับทางราชการ (ถ้ามี)

() อยู่ระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ

() อยู่ระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/ดูงาน หลักสูตร

ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

() อยู่ระหว่างปฏิบัติราชการขาดใช้ทุน หลักสูตร

ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

๕. กรณีการย้าย/โอน ระดับต่ำกว่าเดิม

() ยินยอม

() ไม่ยินยอม

๖. อยู่ระหว่างประเมินเพื่อเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น

() ไม่อยู่ระหว่างประเมิน

() อยู่ระหว่างประเมิน

() ประสงค์ จะเลื่อนระดับก่อนย้าย/โอน

() ไม่ประสงค์ จะเลื่อนระดับก่อนย้าย/โอน

๗. ประวัติการศึกษา (ให้ระบุวุฒิทุกวุฒิที่ได้รับตั้งแต่แรกบรรจุ)

คุณวุฒิและวิชาเอก

ปีที่สำเร็จการศึกษา

สถาบัน

(ปริญญา/ปริญญาบัตร)

.....		
.....		
.....		

๘. ประวัติการรับราชการ (ให้ระบุตั้งแต่การจ้างงานประเภท พนักงานราชการ/ลูกจ้างชั่วคราว/พนักงาน
กระทรวงสาธารณสุข และข้าราชการ ตามแต่กรณี โดยให้แสดงเฉพาะกรณีที่เลื่อนระดับที่สูงขึ้น/การเปลี่ยนแปลงใน
สายงาน และส่วนราชการ พร้อมแนบสำเนา ก.พ.๗)

วัน เดือน ปี

ตำแหน่ง

อัตราเงินเดือน

สังกัด

(ตั้งแต่วันที่-วันที่)

.....			
.....			
.....			

๙. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน

ปี พ.ศ.

ระยะเวลา

หลักสูตร

หน่วยงานที่จัดอบรม

(ตั้งแต่วันที่-วันที่)

.....			
.....			
.....			

๑๐. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งที่ดำรงอยู่ หรือที่ได้รับมอบหมาย ณ ปัจจุบัน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๑๑. ผลการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่ง (ย้อนหลัง ๒ ปีงบประมาณ)

ลำดับที่	ลักษณะงาน ด้านบริการ/ปฏิบัติการ	หน่วย นับ	จำนวน ผู้ร่วม ดำเนินการ	ปีงบประมาณ.....		ปีงบประมาณ.....	
				กลุ่มงาน	เฉพาะตัว	กลุ่มงาน	เฉพาะตัว

๑๒. ผลสัมฤทธิ์ของงาน (ให้ระบุผลสำเร็จของงานที่ผ่านมาโดยย่อ จำนวน ๑ เรื่อง จำนวน ๑-๒ หน้า)

.....

.....

ขอรับรองว่าข้อรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) (ผู้ขอรับการประเมิน)
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑๓. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ขอรับรองว่าข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของ นาย / นาง / น.ส.
เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
(.....)
ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายหรือหัวหน้ากลุ่มงาน
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ)
(.....)
ตำแหน่ง ผู้บังคับบัญชาระดับกอง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๓ การประเมินคุณลักษณะเฉพาะบุคคล (สำหรับผู้บังคับบัญชา) คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน		
ก. การประเมินของผู้บังคับบัญชาระดับหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน หรือเทียบเท่า		
รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ความประพฤติ พิจารณาคุณสมบัติอุปนิสัย และความประพฤติส่วนตัว ตลอดจนการปฏิบัติตามนโยบาย ระเบียบแบบแผนและ ข้อบังคับของส่วนราชการนั้น ๆ จรรยาบรรณและการรักษา วินัยข้าราชการ โดยพิจารณาจากประวัติส่วนตัว ประวัติการ ทำงานและพฤติกรรมที่ปรากฏทางอื่น		
๒. ความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ พิจารณาความมุ่งมั่น ตั้งใจ เต็มใจในการทำงาน ที่ได้รับ มอบหมายให้สำเร็จ บรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน ไม่ละเลย ในการปฏิบัติหน้าที่ รวมถึงกล้าที่จะรับผิดชอบต่อผลเสีย ที่อาจเกิดขึ้น		
๓. ความอดุสาหะ พิจารณาความมีมานะ อดทน เอาใจใส่ในหน้าที่การงาน ความ กระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน โดยอุทิศเวลาให้กับทางราชการ ไม่เฉื่อยชา และมีความขยันหมั่นเพียร		
๔. ความสามารถในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้ร่วมงาน พิจารณาความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้ร่วมงาน มีมนุษยสัมพันธ์ในการปฏิบัติงาน ยอมรับฟัง ความคิดเห็นของผู้ร่วมงาน และ เคารพในสิทธิและ ความสามารถของผู้ร่วมงานทุกระดับ		
๕. อื่น ๆ		
รวมคะแนน	๑๐๐	

(ลงชื่อ) ผู้ประเมิน

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข. การประเมินของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

ความเห็นผู้บังคับบัญชา

(ลงชื่อ) ผู้ประเมิน

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ ๔ การตรวจสอบคุณสมบัติผู้ขอรับการประเมิน (สำหรับหน่วยงานการเจ้าหน้าที่ผู้รับย้าย/รับโอน)

๑. คุณวุฒิการศึกษา ตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง

() ตรง () ไม่ตรง

๒. กรณีการย้าย การโอน ระดับต่ำกว่าเดิม ผู้ขอย้ายโอน () ให้ความยินยอมแล้ว () ไม่ให้ความยินยอม

๓. คุณสมบัติอื่น ๆ ตามที่ ก.พ. กำหนดเพิ่มเติม

๓.๑ () จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกัน () ไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกัน

๓.๒ () เทียบการเป็นพนักงาน หรือข้าราชการตามกฎหมายอื่นแล้ว

๔. ประวัติทางวินัย

() ไม่เคยถูกลงโทษทางวินัยและไม่อยู่ในระหว่างถูกสอบสวนหรือถูกลงโทษทางวินัย

() เคยถูกลงโทษทางวินัย เมื่อ

() อยู่ระหว่างถูกสอบสวนทางวินัย กรณี.....

() อยู่ระหว่างถูกลงโทษทางวินัย กรณี.....

๕. ข้อผูกพันกับทางราชการ (ถ้ามี)

() อยู่ระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ

() อยู่ระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/ดูงาน หลักสูตร.....
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

() อยู่ระหว่างปฏิบัติราชการชดใช้ทุน หลักสูตร.....
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง..... (ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ ๕ แบบประเมินบุคคล (กรณีการย้าย การโอน) () ระดับชำนาญงาน () ระดับอาวุโส
(สำหรับเลขานุการคณะกรรมการประเมิน)

คณะกรรมการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง ประเมินบุคคลตามองค์ประกอบ
ที่ ก.พ. กำหนด ดังนี้

ชื่อผู้รับการประเมิน.....

ตำแหน่งที่ขอประเมิน.....

๑.องค์ประกอบในการพิจารณา	น้ำหนักคะแนน ในแต่ละองค์ประกอบ	
	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑) ข้อมูลบุคคล ได้แก่ ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติทางวินัย และผลการปฏิบัติราชการ		
๒) ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง		
๓) ผลสัมฤทธิ์ของงาน (ผลสำเร็จของงานที่ผ่านมา)		
๔) อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร		
รวม	๑๐๐	

() ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมเฉลี่ยสูงสุดไม่น้อยกว่าร้อยละ

() ไม่ผ่านการประเมิน เหตุผล.....
.....

(ลงชื่อ)ประธานคณะกรรมการ
(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อ)กรรมการ
(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อ)กรรมการ
(.....)

วันที่.....

ส่วนที่ ๖ สรุปผลการประเมินบุคคล (สำหรับเลขานุการคณะกรรมการประเมิน)

คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาประเมินบุคคล นาย / นาง / น.ส.
ในการประชุมครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
มีมติดังนี้

() ผ่านการประเมินบุคคล เมื่อวันที่.....

() ไม่ผ่านการประเมินบุคคล

เหตุผล.....

() ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)

(ลงชื่อ)ประธานคณะกรรมการฯ

(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อ)กรรมการ

(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อ)กรรมการ

(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อ)เลขานุการ

(.....)

วันที่.....

ส่วนที่ ๗ รายงานผลการประเมินบุคคล (สำหรับประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล)

คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาประเมินบุคคล นาย / นาง / น.ส.
ในการประชุมครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
มีมติดังนี้

() สมควรแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

() ยังไม่สมควรแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

เหตุผล

(ลงชื่อ) ประธานคณะกรรมการฯ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....