

แบบใบสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อปฏิบัติหน้าที่รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
โรงพยาบาลศิครินทร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

1. ชื่อผู้สมัคร
วัน เดือน ปีเกิด.....อายุตัว.....ปี
2. ตำแหน่งปัจจุบัน.....ระดับ.....
ส่วนราชการ
ปฏิบัติราชการจริงที่
อายุราชการ.....ปี.....เดือน.....เงินเดือนปัจจุบัน.....บาท
ดำรงตำแหน่ง ระดับ.....เมื่อ.....
ดำรงตำแหน่ง ระดับ.....เมื่อ.....
3. ดำรงตำแหน่งอื่นที่ได้รับมอบหมายและเคยได้รับมอบหมาย
3.1.....
3.2.....
4. วุฒิการศึกษา
4.1.....จากสถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....
4.2.....จากสถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....
5. ผลงานสำคัญที่เคยปฏิบัติ
5.1.....
5.2.....
6. การฝึกอบรม/ดูงาน
6.1 การฝึกอบรม
1. หลักสูตร.....ตั้งแต่.....
2. หลักสูตร.....ตั้งแต่.....
6.2 การดูงาน
1. หลักสูตร.....ตั้งแต่.....
2. หลักสูตร.....ตั้งแต่.....
7. การได้รับการพิจารณาความดีความชอบ
วันที่ 1 เมษายน 2562 จำนวน.....% วันที่ 1 ตุลาคม 2562 จำนวน.....%
วันที่ 1 เมษายน 2563 จำนวน.....% วันที่ 1 ตุลาคม 2563 จำนวน.....%
วันที่ 1 เมษายน 2564 จำนวน.....% วันที่ 1 ตุลาคม 2564 จำนวน.....%
8. เครื่องราชอิสริยาภรณ์ครั้งสุดท้าย.....ได้รับเมื่อ.....
9. ประวัติการถูกลงโทษ
() เคยถูกสอบสวนวินัย เมื่อ.....เรื่อง.....
() เคยถูกลงโทษทางวินัย ระดับโทษ.....เรื่อง.....

10. บุคคลอ้างอิง

- 1.....
- 2.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการหากตรวจสอบ
ภายหลังแล้วพบว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมตสิทธิได้รับการคัดเลือกและหากได้รับ
การพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือว่าเป็นโมฆะ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่.....

11. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

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

(.....)
ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา
วันที่.....

ข้อมูลบุคคลเพื่อพิจารณาคัดเลือก

1. ประวัติส่วนตัว

ชื่อ.....อายุ.....ปี อายุราชการ.....ปี
ตำแหน่ง.....ส่วนราชการ.....
บรรจุเข้ารับราชการ เมื่อ.....ครบเกษียณอายุ พ.ศ.....
เครื่องราชอิสริยาภรณ์ชั้นสูงที่ได้รับ.....เมื่อวันที่.....
อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....บาท

2. ประวัติการศึกษา

พ.ศ.	คุณวุฒิ	สาขา	สถานศึกษา
.....
.....
.....
.....

3. ประวัติการทำงานและการรับราชการ

วัน	เดือน	ปี	ตำแหน่ง	อัตราเงินเดือน	สังกัด
.....
.....
.....

4. การฝึกอบรมและดูงาน

วัน	เดือน	ปี	รายงานการฝึกอบรมและดูงาน	สถานที่
.....
.....
.....

5. ผลงานหรืองานสำคัญในตำแหน่งที่ปรากฏ ทั้งนี้ให้แสดงหรือระบุไว้โดยอาจจัดทำตัวอย่างแบบแสดงผลงานแนบท้ายนี้

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

6. เหตุการณ์สำคัญ ๆ ในชีวิตราชการซึ่งช่วยบ่งบอกถึงบุคลิกลักษณะสำคัญของท่าน

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

7. ความสามารถพิเศษความชำนาญพิเศษและทักษะที่ทำให้ประสบความสำเร็จเพื่อจะได้นำไปพิจารณา
ความสามารถและทักษะดังกล่าว จะทำให้ปฏิบัติงานในหน้าที่ใหม่ได้ผลดีหรือไม่เพียงใด

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

8. สุขภาพกายและจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการดำรงตำแหน่ง

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

9. ประวัติทางวินัยและความประพฤติ

() มี คือ

() ไม่มี

10. ข้อมูลเพิ่มเติม อื่น ๆ

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

(ลงชื่อ).....เจ้าของประวัติ

(.....)

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

แบบแสดงผลงานประกอบการพิจารณาคัดเลือก

ชื่อเจ้าของผลงาน.....
ตำแหน่งทางการบริหาร.....
ตำแหน่งในสายงาน.....
สังกัด.....

ผลงาน	ประโยชน์ของผลงาน	ความรู้ความสามารถที่ใช้ ในการปฏิบัติงานนั้น
1..... (ชื่อและสาระสำคัญของผลงานโดยสรุป)
2.
3.
4.

เจ้าของผลงาน

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ความเห็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

หนังสือยืนยันการปฏิบัติหน้าที่ของผู้สมัครเพื่อปฏิบัติหน้าที่รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
โรงพยาบาลศิครินทร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

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

เป็นผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกตำแหน่ง.....
สังกัด.....

ขอยืนยันว่าหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าจะปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งดังกล่าวข้างต้น ให้เต็มความรู้
ความสามารถ ด้วยความวิริยะ อุตสาหะ

(ลงชื่อ).....

(.....)

(ตำแหน่ง).....

วันที่.....