



ประกาศคณะกรรมการคัดเลือกฯ

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อย้ายไปดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน)  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ด้วยคณะกรรมการคัดเลือกจะดำเนินการคัดเลือกข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข  
ชำนาญงาน)

เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
และ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ จึงประกาศรับสมัครคัดเลือก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**๑. ตำแหน่งที่รับสมัคร**

๑.๑ ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน)  
ตำแหน่งเลขที่ ๓๐๙๒๘ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกระเจ็ด หมู่ ๒ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางคล้า  
จังหวัดฉะเชิงเทรา

๑.๒ ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ)  
ตำแหน่งเลขที่ ๓๑๑๑๓ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวี่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนวมสารคาม  
จังหวัดฉะเชิงเทรา

๑.๓ ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ)  
ตำแหน่งเลขที่ ๓๑๑๘๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระบกเตี้ย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสนามชัยเขต  
จังหวัดฉะเชิงเทรา

๑.๔ ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ)  
ตำแหน่งเลขที่ ๓๐๙๗๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนเกาะกา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว  
จังหวัดฉะเชิงเทรา

๑.๕ ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ)  
ตำแหน่งเลขที่ ๓๐๙๑๕ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมอเช สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา  
จังหวัดฉะเชิงเทรา

๑.๖ ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน)  
ตำแหน่งเลขที่ ๓๑๑๗๘ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโปรงเจริญ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสนามชัยเขต  
จังหวัดฉะเชิงเทรา

๑.๗ ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ)  
ตำแหน่งเลขที่ ๓๑๑๘๙ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแปลงยาว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแปลงยาว  
จังหวัดฉะเชิงเทรา

/๒. คุณสมบัติ...

## ๒. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิเข้ารับสมัครคัดเลือก

๒.๑ เป็นผู้ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการหรือพยาบาลวิชาชีพชำนาญการหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

๒.๒ มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์การย้ายข้าราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๔

๒.๓ มีคำสั่งหรือมีหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชา มอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ทางการบริหารไม่ต่ำกว่าหัวหน้ากลุ่มงานมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี

๒.๔ ปฏิบัติหน้าที่หรือเคยปฏิบัติหน้าที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีนามัย/สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมในโรงพยาบาลชุมชน (กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนในโรงพยาบาลชุมชน (เดิม)) มาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี

## ๓. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร

ให้ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกยื่นใบสมัครและเอกสารต่าง ๆ ตามที่คณะกรรมการคัดเลือกฯ กำหนด ที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ตั้งแต่วันที่ ๑๙ - ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๗ ในวันและเวลาราชการ

## ๔. เอกสารที่ต้องยื่น

- |  |             |
|--|-------------|
| ๑. ใบสมัคร   | จำนวน ๖ ชุด |
| ๒. สำเนาวุฒิการศึกษา                                   | จำนวน ๖ ชุด |
| ๓. สำเนาทะเบียนประวัติ (ก.พ. ๗)                        | จำนวน ๖ ชุด |
| ๔. แบบประเมินบุคคลและผลงาน หรือเอกสารประกอบการคัดเลือก | จำนวน ๖ ชุด |
| ๕. แบบประเมินสมรรถนะผู้สมัคร                           | จำนวน ๖ ชุด |
- (ฉบับจริง ๑ ชุด สำเนา ๕ ชุด)

คณะกรรมการคัดเลือกฯ จะพิจารณาเฉพาะผู้ที่ส่งเอกสารครบถ้วนสมบูรณ์เท่านั้น

## ๕. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก

วิธีการคัดเลือก พิจารณาจากเอกสารใบสมัคร ผลงาน ประวัติการรับราชการ การสัมภาษณ์ และพิจารณาจากองค์ประกอบดังนี้

๑. ความรู้ความสามารถและความชำนาญในการปฏิบัติงาน ให้พิจารณาโดยคำนึงถึงคุณวุฒิการศึกษา ความรู้ความสามารถ ทักษะ และความชำนาญในการปฏิบัติงานด้านนั้น ซึ่งอาจพิจารณาจากข้อมูลการประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปีของข้าราชการผู้นั้นในระยะเวลาที่ผ่านมา ๒๐ คะแนน

๒. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง ให้พิจารณาโดยคำนึงถึงระยะเวลาดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้ง หรือสายงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือระยะเวลาที่เคยปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องหรือเกี่วข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง ๒๐ คะแนน

๓. การปฏิบัติตนเหมาะสมกับการเป็นข้าราชการ ให้พิจารณาโดยคำนึงถึงความประพฤติ การรักษาวินัย ความขยันหมั่นเพียร ความอดุสาหะ การอุทิศเวลาให้กับราชการ ๒๐ คะแนน

/๔. ผลงาน...

๔. ผลงานหรือผลการปฏิบัติงาน ให้พิจารณาโดยคำนึงถึงคุณภาพของผลงานหรือ ผลการปฏิบัติงาน  
ประโยชน์ของผลงานต่อราชการ วงการวิชาการ หรือวิชาชีพ ๓๐ คะแนน

๕. เกณฑ์อื่น ๆ เช่น ภาวะผู้นำ มนุษยสัมพันธ์ความเสียสละ ๑๐ คะแนน

ทั้งนี้ ผู้ได้รับการคัดเลือกจะต้องได้รับคะแนนรวมเฉลี่ยสูงสุด โดยได้คะแนนรวมเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐

#### ๖. แนวทางการแต่งตั้ง

ตามแนวทางตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๙๑๙  
ลงวันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๖๓

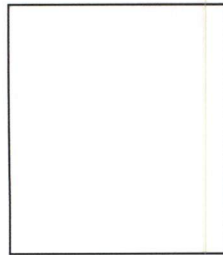
ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗



(นายศรีศักดิ์ ตั้งจิตธรรม)

ประธานคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ

แบบใบสมัครเข้ารับการศึกษาเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
(เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน/นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ/  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)  
สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา



สมัครเข้ารับการศึกษา

๑. ผอ.รพ.สต.....สสอ.....

๒. ผอ.รพ.สต.....สสอ.....

**๑. ข้อมูลส่วนบุคคล**

ชื่อ.....สกุล.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
อายุตัว.....ปี อายุราชการ.....ปี วันเกษียณอายุ.....  
ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....ประเภท.....ระดับ.....  
ส่วนราชการ.....  
ตั้งแต่.....อัตราเงินเดือน.....บาท  
ปฏิบัติงานจริง.....ตั้งแต่.....  
โทรศัพท์.....e-mail.....

**๒. การดำรงตำแหน่ง**

ดำรงตำแหน่ง.....ระดับ ๖ (เต็ม) ตั้งแต่.....  
ดำรงตำแหน่ง.....ระดับ ๗ (เต็ม) ตั้งแต่.....  
ดำรงตำแหน่ง.....ระดับชำนาญการ ตั้งแต่.....  
ดำรงตำแหน่ง หรือรักษาการในตำแหน่ง ผอ.รพ.สต.....ตั้งแต่วันที่.....  
ตำแหน่งอื่นที่ได้รับมอบหมายหรือเคยได้รับมอบหมาย.....  
ตั้งแต่.....ถึง.....

**๓. ความผิดทางวินัย เป็นผู้อยู่ระหว่าง...**

- ถูกสอบสวน.....เมื่อ.....
- ถูกลงโทษ.....เมื่อ.....
- เคยถูกลงโทษทางวินัย.....เมื่อ.....
- ไม่มี

**๔. วุฒิการศึกษา (โปรดแนบหลักฐาน)**

- ประกาศนียบัตร.....สาขา.....  
สถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....
- ปริญญาตรี.....สาขา.....  
สถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....
- ปริญญาโท.....สาขา.....  
สถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....
- ปริญญาเอก.....สาขา.....  
สถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....

๕. วิสัยทัศน์ / ความคาดหวัง

.....  
.....

๖. แนวทางการดำเนินการและการแก้ปัญหา

.....

๗. แผนงาน/โครงการที่จะดำเนินการเมื่อดำรงตำแหน่งที่สมัครในอนาคต (ภายใน ๓ ปี)

.....  
.....

๘. บุคคลอ้างอิง (จำนวน ๓ ท่าน)

๑. .... โทรศัพท์ .....
๒. .... โทรศัพท์ .....
๓. .... โทรศัพท์ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จ หรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมดสิทธิได้รับการคัดเลือก และหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือว่าเป็นโมฆะ

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

๙. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

.....  
.....

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

**สถานที่ติดต่อ ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก**

บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....  
โทรสาร.....e-mail.....

**หมายเหตุ เอกสารแนบท้ายใบสมัคร ดังนี้**

1. สำเนาคำสั่งปฏิบัติหน้าที่หรือเคยปฏิบัติหน้าที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีนามัย/  
สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม  
ในโรงพยาบาลชุมชน (กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนในโรงพยาบาลชุมชน (เดิม)) มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี
2. ใบประกาศนียบัตรได้รับรางวัล (ผลงานเด่นของตนเอง/ของหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน) จำนวน 1 ชุด
3. ข้อมูลบุคคลเพื่อพิจารณาคัดเลือก/แบบแสดงผลงานเพื่อประกอบการพิจารณาคัดเลือก
4. เอกสารอื่น ๆ เช่น วุฒิการศึกษา สำเนา ก.พ. ๗



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. ข้อผูกพันกับทางราชการ (ถ้ามี)

( ) อยู่ระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ

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

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

( ) อยู่ระหว่างปฏิบัติราชการชดใช้ทุน หลักสูตร.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....



๕. กรณีการย้าย/โอน ระดับต่ำกว่าเดิม

- ( ) ยินยอม
- ( ) ไม่ยินยอม

๖. อยู่ระหว่างประเมินเพื่อเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น

- ( ) ไม่อยู่ระหว่างประเมิน
- ( ) อยู่ระหว่างประเมิน
  - ( ) ประสงค์ จะเลื่อนระดับก่อนย้าย/โอน
  - ( ) ไม่ประสงค์ จะเลื่อนระดับก่อนย้าย/โอน

๗. ประวัติการศึกษา (ให้ระบุวุฒิทุกวุฒิที่ได้รับตั้งแต่แรกบรรจุ)

คุณวุฒิและวิชาเอก (ปริญญา/ปริญญาบัตร)	ปีที่สำเร็จการศึกษา	สถาบัน
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

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

วัน เดือน ปี (ตั้งแต่วันที่-วันที่)	ตำแหน่ง	อัตราเงินเดือน	สังกัด
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

๙. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน

ปี พ.ศ.	ระยะเวลา (ตั้งแต่วันที่-วันที่)	หลักสูตร	หน่วยงานที่จัดอบรม
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

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
<b>๑. ความประพฤติ</b> พิจารณาคุณสมบัติอุปนิสัย และความประพฤติส่วนตัว ตลอดจนการปฏิบัติตามนโยบาย ระเบียบแบบแผนและข้อบังคับของส่วนราชการนั้น ๆ จรรยาบรรณและการรักษาวินัยข้าราชการ โดยพิจารณาจากประวัติส่วนตัว ประวัติการทำงานและพฤติกรรมที่ปรากฏทางอื่น		
<b>๒. ความรับผิดชอบหน้าที่</b> พิจารณาความมุ่งมั่น ตั้งใจ เต็มใจในการทำงาน ที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จ บรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน ไม่ละเลยในการปฏิบัติหน้าที่ รวมถึงกล้าที่จะรับผิดชอบต่อผลเสียที่อาจเกิดขึ้น		
<b>๓. ความอดสาหัส</b> พิจารณาความมีมานะ อดทน เอาใจใส่ในหน้าที่การงาน ความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน โดยอุทิศเวลาให้กับทางราชการ ไม่เฉื่อยชา และมีความขยันหมั่นเพียร		
<b>๔. ความสามารถในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้ร่วมงาน</b> พิจารณาความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้ร่วมงาน มีมนุษยสัมพันธ์ในการปฏิบัติงาน ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ร่วมงาน และ เคารพในสิทธิและความสามารถของผู้ร่วมงานทุกระดับ		
<b>๕. อื่น ๆ</b> ..... .....		
<b>รวมคะแนน</b>	<b>๑๐๐</b>	
(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. กำหนดไว้ในมาตรฐาน  
กำหนดตำแหน่ง

( ) ตรง ( ) ไม่ตรง

๒. กรณีการย้าย การโอน ระดับต่ำกว่าเดิม ผู้ขอย้าย/โอน ( ) 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. ....

แบบประเมินสมรรถนะผู้สมัคร

องค์ประกอบสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงาน  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

องค์ประกอบสมรรถนะ	๑๐๐ คะแนน	คะแนน
<p><b>๑. สมรรถนะด้านการประสานงาน จะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้</b></p> <p>เข้าใจเนื้อหาหรือประเด็นที่ต้องประสานงานได้อย่างชัดเจน สามารถประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน อสม.อบต. และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้มาร่วมทำงานได้สำเร็จ สามารถกำหนดแนวทางการประสานงานและสื่อสารกับหน่วยงานทั้งในและภายนอกองค์กร สามารถประสานงานกับทีมสุขภาพในเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพให้ประชาชนได้ อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเลือกช่องทางการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลเครือข่ายในการส่งผู้ป่วยรักษาต่อได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ</p>	๒๐	
<p><b>๒. สมรรถนะด้านการวางแผนกลยุทธ์ จะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้</b></p> <p>สามารถกำหนดแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำแผนงานโครงการที่กำหนดสู่การปฏิบัติได้สอดคล้องกับสภาพชุมชน สามารถกำหนดแนวทาง วิธีการ และกิจกรรมการทำงานเพื่อสนองนโยบายขององค์กรได้ สามารถกำหนดแนวทางการติดตามและประเมินแผนงานโครงการต่าง ๆ ได้ นำผลจากการประเมินมาใช้เพื่อปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน สามารถวิเคราะห์ จุดอ่อนจุดแข็ง อุปสรรคและโอกาส (SWOT) ขององค์กรได้</p>	๒๐	
<p><b>๓. สมรรถนะด้านการคิดในเชิงวิเคราะห์ จะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้</b></p> <p>สามารถวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาสาธารณสุขได้ สามารถวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขได้ แจกแจงข้อมูล บุคคล เวลาสถานที่และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ เชื่อมโยงข้อมูลบุคคล เวลา สถานที่และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ สามารถอธิบายได้ว่าปัญหาของชุมชนในเขตรับผิดชอบเป็นอย่างไร</p>	๒๐	
<p><b>๔. สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ จะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้</b></p> <p>สามารถกำหนดทิศทางการทำงานที่ชัดเจนและกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานให้แก่ผู้ร่วมงานสามารถโน้มน้าวและจูงใจให้ผู้ร่วมงานสามารถปฏิบัติงานได้บรรลุผลสำเร็จ สามารถนำกลยุทธ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่การปฏิบัติได้ กำกับ และติดตามการปฏิบัติงานของผู้ร่วมปฏิบัติงาน แนะนำสอนงาน แก่ผู้ใต้บังคับได้อย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจน มอบหมายงานให้ผู้ใต้บังคับบัญชาตามความรู้ความสามารถของแต่ละบุคคลได้อย่างเหมาะสม สนับสนุนให้ผู้ใต้บังคับบัญชาทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ สามารถนำวิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน แสดงออกอย่างชัดเจนว่าเป็นผู้นำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในการทำงานและปกครองผู้ใต้บังคับบัญชา ริเริ่มสร้างสรรค์ในสิ่งใหม่ๆที่จะก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อองค์กร</p>	๒๐	

องค์ประกอบสมรรถนะ	๑๐๐ คะแนน	คะแนน
<p><b>๕. สมรรถนะด้านการทำงานชุมชนเชิงรุก จะต้องมิลักษณะดังต่อไปนี้</b></p> <p>วิเคราะห์บริบทของชุมชนได้ เข้าใจการรวมตัวของชุมชนและผู้นำท้องถิ่น ค้นหาภูมิปัญญาพื้นบ้านทั้งบุคคล สถานที่เพื่อเป็นแกนนำสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานโครงการต่าง ๆ ในชุมชน สร้างเครือข่ายการปฏิบัติงานกับองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน สร้างกระบวนการเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็งให้เกิดสำนึกว่าสุขภาพเป็นของทุกคน สนับสนุนและเกื้อกูลเชิงสังคมในโอกาสสำคัญ ๆ แก่ประชาชนและชุมชน เช่น งานเทศกาล งานบุญประเพณี งานแต่ง งานบวช แสดงความมุ่งมั่นและใจรักที่จะทำงานกับชุมชน</p>	๒๐	

**ความเห็นของผู้บังคับบัญชา**

( ) ผ่านการประเมิน (ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐)

( ) ไม่ผ่านการประเมิน (ได้คะแนนรวมต่ำกว่าร้อยละ ๖๐)

(ระบุเหตุผล).....

ลงชื่อ.....(ผู้ประเมิน)

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**ความเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป ๑ ระดับ**

( ) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

( ) มีความเห็นแตกต่างจากการประเมินข้างต้น ในแต่ละรายการ ดังนี้

(ระบุเหตุผล).....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**หมายเหตุ**

๑. กรณีผู้สมัครเป็นผู้ปฏิบัติงาน/หัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ผู้อำนวยการสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ และสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ประเมิน

๒. กรณีผู้สมัครเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ผู้อำนวยการสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ให้สาธารณสุขอำเภอ และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ/เชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ประเมิน

๓. กรณีอื่น ๆ ให้ผู้บังคับบัญชา ๒ ระดับ เป็นผู้ประเมิน

๔. กรณีผู้ประเมินเป็นผู้มีส่วนได้เสีย ให้ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป เป็นผู้ประเมิน

๕. ใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการคัดเลือก