



ประกาศคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการพิเศษ  
ในสังกัด กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

.....

ด้วย คณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ จะดำเนินการคัดเลือกข้าราชการเพื่อเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่ง  
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ) ตำแหน่งเลขที่ ๙๓๗๐๕ สังกัดกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ  
และรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก ของสำนักงาน  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๓๓/ว ๙๖๐ ลงวันที่ ๒๗  
พฤศจิกายน ๒๕๕๗ เรื่อง ยกเลิกหลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ  
ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ และเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง จึงได้ประกาศรับสมัครคัดเลือก  
โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**ก. ตำแหน่งที่รับสมัครคัดเลือกเพื่อเลื่อนระดับ**

ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ) ตำแหน่งเลขที่ ๙๓๗๐๕ สังกัด  
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

**ข. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการคัดเลือก**

๑. มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตามมาตรฐานการกำหนดตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
๒. ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ มาแล้วไม่น้อยกว่า ๔ ปี

**ค. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร**

ให้ผู้ประสงค์จะใบสมัครและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้ด้วยตนเองที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล  
ชั้น ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตั้งแต่วันที่ ๙ - ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๓ ในวันและเวลาราชการ

**ง. เอกสารที่ต้องยื่นประกอบการคัดเลือก**

๑. ใบสมัคร ที่ได้ผ่านผู้บังคับบัญชาระดับต้น  
ตัวจริง จำนวน ๑ ชุด และสำเนา จำนวน ๕ ชุด และแนบเอกสารดังนี้  
๑.๑ สำเนา ก.พ. ๗ จำนวน ๖ ชุด  
๑.๒ สำเนาวุฒิการศึกษา จำนวน ๖ ฉบับ
๒. เอกสารประกอบการคัดเลือกที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน จำนวน ๑ เล่ม

หมายเหตุ เอกสารที่ถ่ายสำเนาต้องรับรองความถูกต้องโดยผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกทุกฉบับ

**จ. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก**

๑. คณะกรรมการคัดเลือกฯ จะคัดเลือกข้าราชการที่มีความเหมาะสม จำนวน ๑ คน

๒. คณะกรรมการคัดเลือกฯ จะพิจารณาคัดเลือกโดยวิธีการ สัมภาษณ์ สอบข้อเขียน หรือวิธีอื่นใด เพื่อประเมินความเหมาะสมกับตำแหน่งจากประวัติส่วนตัว ประวัติการศึกษา ประวัติการทำงาน ประสบการณ์ ท่วงทีวาจา อุปนิสัย อารมณ์ ทัศนคติ การทำงาน ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ปฏิภาณไหวพริบ บุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือก เพื่อให้ได้บุคคลที่เหมาะสมกับตำแหน่งที่ได้ประกาศรับสมัครคัดเลือกครั้งนี้

**ฉ. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก**

คณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก วันเวลาและสถานที่คัดเลือกภายในวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๓ ณ บอร์ดประชาสัมพันธ์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย และที่เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย และเว็บไซต์ <http://person.skto.moph.go.th/> หรือโทรสอบถามที่หมายเลข ๐ ๕๕๖๑ ๐๐๖๘ ในวันและเวลาราชการ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๓

(ลงชื่อ) ปองพล วรปาณี

(นายปองพล วรปาณี)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ประธานคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ

## ใบสมัคร

แบบใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
ตำแหน่งเลขที่ ๙๓๗๐๕ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

### ๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ.....ชื่อสกุล.....  
วัน เดือน ปีเกิด.....อายุตัว.....ปี อายุราชการ.....ปี  
วันเกษียณอายุ.....ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....  
ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....  
.....  
อัตราเงินเดือน.....บาท (ต.ค.๒๕๖๒)  
โทรศัพท์.....e-mail.....

### ๒. การดำรงตำแหน่ง

ดำรงตำแหน่ง.....ระดับชำนาญการ (ระดับ ๖ - ๗) ตั้งแต่.....

### ๓. ความผิดทางวินัย เป็นผู้อยู่ระหว่าง

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

### ๔. วุฒิการศึกษา (โปรดแนบหลักฐาน)

- ปริญญาตรี.....สาขา.....  
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....  
ปริญญาโท.....สาขา.....  
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....  
ปริญญาเอก.....สาขา.....  
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....  
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....เลขที่.....  
วันออกใบอนุญาต.....วันหมดอายุ.....  
.....

### ๕. ผลงานวิชาการที่จะส่งประเมิน

เรื่อง.....  
.....

ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว (แนบหลักฐาน)  ยังไม่ผ่านคณะกรรมการจริยธรรม

๖. ข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน/ปรับปรุงงาน ที่จะส่งประเมิน เรื่อง.....  
.....

๗. การอบรม/ดูงานด้านบริหาร เช่น อบรมหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง หรือ ผู้บริหารระดับต้น หรือ  
อื่นๆ ที่มีระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๒ สัปดาห์ (ให้แนบหลักฐาน)

- หลักสูตร.....ตั้งแต่.....ถึง.....  
 หลักสูตร.....ตั้งแต่.....ถึง.....

**๘. ประสบการณ์ในการบริหาร (แบบคำสั่ง)**

๘.๑ ดำรงตำแหน่งรองหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน.....ส่วนราชการ.....

เคย ตั้งแต่.....ถึง.....

ไม่เคย

๘.๒ เคยรักษาการในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย..... ส่วนราชการ.....

เคย ตั้งแต่.....ถึง.....

ไม่เคย

**๙. การปฏิบัติตนเหมาะสมกับการเป็นข้าราชการ**

๙.๑ การเป็นข้าราชการดีเด่น หรือการได้รับรางวัลดีเด่น (ให้แนบหลักฐาน)

ได้รับรางวัลระดับประเทศ ชื่อรางวัลที่ได้รับ.....

ได้รับรางวัลระดับเขต ชื่อรางวัลที่ได้รับ.....

ได้รับรางวัลระดับจังหวัด ชื่อรางวัลที่ได้รับ.....

ได้รับรางวัลระดับหน่วยงาน/อำเภอ ชื่อรางวัลที่ได้รับ.....

**๑๐. ผลงาน/นวัตกรรมที่ได้รับรางวัล หรือร่วมจัดทำระดับประเทศ/เขต/จังหวัด/หน่วยงาน (ให้แนบหลักฐาน)**

๑๐.๑ ผลงาน/นวัตกรรมที่ได้รับรางวัล

มี  ไม่มี ระดับประเทศ  ตนเอง  ร่วมจัดทำ ชื่อผลงาน.....

มี  ไม่มี ระดับเขต  ตนเอง  ร่วมจัดทำ ชื่อผลงาน.....

มี  ไม่มี ระดับจังหวัด  ตนเอง  ร่วมจัดทำ ชื่อผลงาน.....

มี  ไม่มี ระดับหน่วยงาน/อำเภอ  ตนเอง  ร่วมจัดทำ ชื่อผลงาน.....

๑๐.๒ การได้รับการพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือนกรณีระดับดีเด่น ย้อนหลัง ๕ ปี (เริ่ม ๑ ๑ เม.ย. ๒๕๕๘)

ไม่เคยได้รับ

เคยได้รับ กรณีระดับดีเด่น จำนวน .....ครั้ง

๑ เม.ย. ๒๕๕๘ จำนวน ..... %  ๑ ต.ค. ๒๕๕๘ จำนวน ..... %

๑ เม.ย. ๒๕๕๙ จำนวน ..... %  ๑ ต.ค. ๒๕๕๙ จำนวน ..... %

๑ เม.ย. ๒๕๖๐ จำนวน ..... %  ๑ ต.ค. ๒๕๖๐ จำนวน ..... %

๑ เม.ย. ๒๕๖๑ จำนวน ..... %  ๑ ต.ค. ๒๕๖๑ จำนวน ..... %

๑ เม.ย. ๒๕๖๒ จำนวน ..... %  ๑ ต.ค. ๒๕๖๒ จำนวน ..... %

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิได้รับการคัดเลือก และหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ

ลงชื่อ.....(ผู้ขอรับการคัดเลือก)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## ๑๑. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**สถานที่ติดต่อ**

**ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก**

บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....

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

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

โทรสาร.....e-mail.....

**หมายเหตุ** กรุณาแนบสำเนาสำเนาวุฒิการศึกษาและเอกสารต่าง ๆ ที่ระบุมาพร้อมกับใบสมัครด้วย

หนังสือยืนยันการปฏิบัติราชการในตำแหน่งที่ได้รับการแต่งตั้ง  
ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ ๙๓๗๐๕  
สังกัดกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

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

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

ขอยืนยันว่าหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าจะปฏิบัติราชการในตำแหน่งที่ได้รับการแต่งตั้ง โดยจะปฏิบัติ  
ราชการอย่างเต็มความรู้ ความสามารถ ด้วยความวิริยะ อุตสาหะ

(ลงชื่อ).....

(.....) ผู้สมัคร

(ตำแหน่ง).....

วันที่.....