



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

ให้ผู้ประสงค์จะเข้ารับการคัดเลือกให้ยื่นใบสมัครและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้ด้วยตนเองที่กลุ่มงาน
บริหารทรัพยากรบุคคล ชั้น ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตั้งแต่วันที่ ๙ - ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๓ ในวันและ
เวลาราชการ

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 เพื่อให้ได้บุคคลที่มีเหมาะสมกับตำแหน่งที่ได้ประกาศรับสมัครคัดเลือกครั้งนี้

ฉ. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก

คณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก วันเวลาและสถานที่คัดเลือกภายในวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๓ ณ บอร์ดประชาสัมพันธ์ ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุโขทัย และที่เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุโขทัย 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 ๑๑ เม.ย. ๒๕๕๘)

ไม่เคยได้รับ

เคยได้รับ กรณีระดับดีเด่น จำนวนครั้ง

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 %

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง 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.....