



ประกาศคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อเลื่อนให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ) สังกัดกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย , กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนคร และกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

.....

ด้วย คณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ ที่จะเข้ารับการประเมินผลงานให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งจะดำเนินการคัดเลือกข้าราชการเพื่อเลื่อนขึ้นดำรงในระดับชำนาญการพิเศษ จะคัดเลือกข้าราชการเพื่อดำรงตำแหน่งว่าง ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก ที่ อ.ก.พ.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ จึงประกาศรับสมัครคัดเลือก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ก. ตำแหน่งที่รับสมัครเพื่อเลื่อนระดับ

๑. ตำแหน่งเลขที่ ๙๓๗๘๐ ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ) สังกัดกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
๒. ตำแหน่งเลขที่ ๙๓๙๘๖ ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ) สังกัดกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนคร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
๓. ตำแหน่งเลขที่ ๙๔๒๑๐ ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ) สังกัดกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ข. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการคัดเลือก

ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ) ดังนี้

๑. มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตามมาตรฐานการกำหนดตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
๒. ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ มาแล้วไม่น้อยกว่า ๔ ปี และ
๓. ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เห็นว่าเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบและลักษณะงานที่ปฏิบัติมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี

ค. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร

ให้ผู้ประสงค์จะเข้ารับการคัดเลือกให้ยื่นใบสมัครและเอกสารต่าง ๆ ตามที่คณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ กำหนดได้ที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ชั้น ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตั้งแต่วันที่ ๑๕ - ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ในวันและเวลาราชการ

ง. เอกสารที่ต้องยื่นประกอบการคัดเลือก

๑. เอกสารประกอบการคัดเลือกที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน จำนวน ๑ เล่ม
โดยแนบเอกสารดังนี้
- สำเนา ก.พ. ๗ ,สำเนาวุฒิการศึกษาและเอกสารนั้ระยะเวลาเกี่อถูถูฯ จำนวนอย่างละ ๑ ชุด
๒. สำเนาวารสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ หรือหลักฐานแสดงการเผยแพร่ผลงานวิชาการ (ถ้ามี)
จำนวน ๘ เล่ม
๓. ใบสมัคร ที่ได้ผ่านผู้บังคับบัญชาาระดับต้นตัวจริง จำนวน ๑ ชุด และสำเนา จำนวน ๗ ชุด
โดยแนบเอกสารดังนี้
- สำเนาคำสั่งแต่งตั้งให้เป็นหัวหน้ากลุ่มงาน /รองหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าตึก/หัวหน้างาน

หมายเหตุ เอกสารที่ถ่ายสำเนาต้องรับรองความถูกต้องโดยผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกทุกฉบับ

จ. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก

๑. คณะกรรมการคัดเลือกฯ จะคัดเลือกข้าราชการที่มีความเหมาะสม จำนวน ๑ คน
๒. คณะกรรมการคัดเลือกฯ จะพิจารณาคัดเลือกจากองค์ประกอบและกำหนดคะแนนในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้
 - ๒.๑ ความรู้ความสามารถและความชำนาญในการปฏิบัติงาน ให้พิจารณาโดยคำนึงถึงคุณวุฒิ การศึกษา ความรู้ความสามารถ ทักษะ และความชำนาญในการปฏิบัติงานด้านนั้นซึ่งอาจพิจารณาจากข้อมูล การประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปีของข้าราชการผู้นั้นในระยะเวลาที่ผ่านมา (๒๐ คะแนน)
 - ๒.๒ ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งหรือระยะเวลาที่เคยปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องหรือเกี่อถูถูกับตำแหน่งที่เข้ารับการคัดเลือกและจะแต่งตั้ง (๒๐ คะแนน)
 - ๒.๓ การปฏิบัติตนเหมาะสมกับการเป็นข้าราชการ โดยคำนึงความประพฤติ การรักษาวินัย ความขยันหมั่นเพียร ความอดสาหะ การอุทิศเวลาให้กับราชการ (๒๐ คะแนน)
 - ๒.๔ ผลงานหรือผลการปฏิบัติงาน ให้พิจารณาโดยคำนึงถึงคุณภาพผลงานหรือผลการปฏิบัติงาน ประโยชน์ของผลงานราชการ วงการวิชาการ หรือวิชาชีพ (๓๐ คะแนน)
 - ๒.๕ เกณฑ์อื่นๆ เช่น ภาวะผู้นำ มนุษยสัมพันธ์ ความเสียสละ (๑๐ คะแนน)
๓. วิธีการคัดเลือกให้พิจารณาจากเอกสารใบสมัคร ผลงาน ประวัติการรับราชการ อาจใช้วิธี สัมภาษณ์ สอบข้อเขียน หรือวิธีอื่นใดเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แสดงออกถึงความรู้ ความสามารถ และความเหมาะสมของผู้สมัครที่ได้ประกาศไว้ในประกาศรับสมัครก็ได้ ทั้งนี้ ผู้ได้รับคัดเลือกจะต้องได้รับคะแนนรวมเฉลี่ย สูงสุด โดยได้คะแนนรวมเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐

ฉ. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก

คณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก วันเวลาและสถานที่คัดเลือกภายในวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ณ บอร์ดประชาสัมพันธ์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย และที่เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย หรือโทรศัพท์สอบถามที่ หมายเลข ๐ ๕๕๖๒ ๒๕๘ ต่อ ๒๐๖ ในวันและเวลาราชการ

ประกาศ ณ วันที่ ๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๔



(นายปองพล วรปานิ)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
ประธานคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ

ใบสมัคร

แบบใบสมัครเข้ารับการศึกษาเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)
สังกัดกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาล.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ.....ชื่อสกุล.....
วัน เดือน ปีเกิด.....อายุตัว.....ปี อายุราชการ.....ปี
วันเกษียณอายุ.....ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....
ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....สังกัด.....
อัตราเงินเดือน.....บาท (ต.ค.๒๕๖๓)
โทรศัพท์.....e-mail.....

๒. การดำรงตำแหน่ง

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

๓. ความผิดทางวินัย เป็นผู้อยู่ระหว่าง

ถูกสอบสวน.....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 /รองหัวหน้าตึก.....ส่วนราชการ.....

เคย ตั้งแต่.....ถึง.....

ไม่เคย

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

เคย ตั้งแต่.....ถึง.....

ไม่เคย

๙. การปฏิบัติตนเหมาะสมกับการเป็นข้าราชการ

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. ๒๕๕๙)

ไม่เคยได้รับ

เคยได้รับ กรณีระดับดีเด่น จำนวนครั้ง

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 %

๑ เม.ย. ๒๕๖๓ จำนวน % ๑ ต.ค. ๒๕๖๓ จำนวน %

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบ
ภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิได้รับการคัดเลือก และหากได้รับการพิจารณา
คัดเลือกแล้วจะเป็นโมฆะ

ลงชื่อ.....(ผู้ขอรับการคัดเลือก)

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

๑๑. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

.....
.....

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

สถานที่ติดต่อ

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

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

หมายเหตุ กรุณาแนบสำเนาหลักฐานในข้อ ๕,๗-๑๐ มาพร้อมกับใบสมัครด้วย

หนังสือยืนยันการปฏิบัติราชการในตำแหน่งที่ได้รับการแต่งตั้ง
ตำแหน่ง..... ตำแหน่งเลขที่

สังกัด.....

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

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

ขอยืนยันว่าหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าจะปฏิบัติราชการในตำแหน่งที่ได้รับการแต่งตั้ง โดยจะปฏิบัติ
ราชการอย่างเต็มความรู้ ความสามารถ ด้วยความวิริยะ อุตสาหะ

(ลงชื่อ).....

(.....) ผู้สมัคร

(ตำแหน่ง).....

วันที่.....