|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **แบบสรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมา** | | | | | | | | |
| ชื่อ - สกุล ของผู้ขอรับการประเมิน ....................................................... แบบฟอร์มที่ 1 | | | | | | | | |
| ตำแหน่งเลขที่ ................ กลุ่มงาน........................................................... .หน่วยงาน.................................................................................................................................... | | | | | | | | |
| ผลงานวิชาการที่ขอประเมิน เรื่อง | | | | | | | | |
| ข้อเสนอแนวคิดฯ เรื่อง | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |
| เล่ม 2 : ผลงานวิชาการ | | | | เล่ม 3 : ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการพัฒนาฯ | | | |
| **ขั้นตอนในการดำเนินการ** | | | | **ขั้นตอนในการดำเนินงาน** | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
| **ประโยชน์ที่ได้รับ** | | | | **ประโยชน์ที่ได้รับ** | | | |
|  | | | |  | | | |
| **การนำไปใช้ประโยชน์** | | | | **การนำไปใช้ประโยชน์** | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |
| (ลงชื่อ)......................................................................................... | | | ผู้ขอประเมิน | (ลงชื่อ)........................................................................................ผู้ตรวจสอบ | | |  | |
| (.................................................................) | | |  | (.................................................................) | | |  | |
| พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | | |  | ตำแหน่ง...............................................................................หน.พยาบาล | | |  | |