



ประกาศคณะกรรมการประเมินฯ

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเข้ารับการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลท่ายาง (เจ้าพนักงานสาธารณสุข) ระดับอาวุโส
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร

ด้วยคณะกรรมการประเมินบุคคลเพื่อการย้าย การโอน การเลื่อน ข้าราชการพลเรือนสามัญ เพื่อ
แต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับอาวุโส จะดำเนินการรับสมัครข้าราชการเข้ารับการประเมินบุคคล
เพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลท่ายาง (เจ้าพนักงานสาธารณสุข)
ระดับอาวุโส สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร

เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กำหนดไว้ และเป็นไปตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๓ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ และหนังสือ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๘/ว ๑๒๑๑ ลงวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๕ จึงประกาศรับสมัคร
ข้าราชการเข้ารับการประเมินบุคคล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. ตำแหน่งที่รับสมัคร

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลท่ายาง (เจ้าพนักงานสาธารณสุข) ระดับอาวุโส
ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๙๐๕๒ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร

๒. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิเข้ารับสมัครคัดเลือก

ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุข) อาวุโส

คุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง

- เป็นผู้มีความรู้ความสามารถสำหรับตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข ระดับปฏิบัติงาน และ
- เคยดำรงตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับชำนาญงาน มาแล้วไม่น้อยกว่า ๖ ปี หรือดำรง
ตำแหน่งอย่างอื่นที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ.กำหนด
- ปฏิบัติงานสาธารณสุข หรืองานที่เกี่ยวข้องตามที่ส่วนราชการเจ้าสังกัดเห็นว่าเหมาะสม
กับหน้าที่ความรับผิดชอบและลักษณะงานที่ปฏิบัติมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี

๓. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร

ให้ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการประเมินบุคคลยื่นใบสมัครและเอกสารต่างๆ ตามที่กำหนด
ที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ตั้งแต่วันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๘
ถึงวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๘ ในวันและเวลาราชการ

๔. เอกสารที่ใช้ในการสมัครเพื่อขอรับการคัดเลือก

๔.๑ ใบสมัคร	จำนวน ๖ ชุด
๔.๒ แบบประเมินบุคคล (กรณีการเลื่อน)	จำนวน ๖ ชุด
๔.๓ สำเนาวุฒิการศึกษา	จำนวน ๖ ชุด
๔.๔ สำเนาทะเบียนประวัติ (ก.พ.๗)	จำนวน ๖ ชุด
๔.๕ แบบประเมินสมรรถนะผู้สมัคร	จำนวน ๖ ชุด
(ฉบับจริง ๑ ชุด สำเนา ๕ ชุด)	

คณะกรรมการประเมินฯ จะพิจารณาเฉพาะผู้ที่ส่งเอกสารครบถ้วนสมบูรณ์เท่านั้น

๕. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก

๕.๑ ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนที่จะแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งนับถึงวันที่ปิดรับสมัคร

๕.๒ วิธีการการประเมินบุคคล พิจารณาจากใบสมัคร ผลงาน ประวัติการรับราชการ การสัมภาษณ์ และพิจารณาจากองค์ประกอบ ดังนี้

(๑) ข้อมูลบุคคล ได้แก่ ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติทางวินัย และผลการปฏิบัติราชการ (๒๐ คะแนน)

(๒) ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง (๓๐ คะแนน)

(๓) ผลสัมฤทธิ์ของงาน (ผลสำเร็จของงานที่ผ่านมา) (๓๐ คะแนน)

(๔) ความประพฤติและคุณลักษณะอื่นๆ เช่น ดำรงหรือเคยดำรงตำแหน่งหัวหน้างาน เป็นต้น (๑๐ คะแนน)

(๕) อื่นๆ ตามที่เห็นสมควร (การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ เสียสละ ภาวะผู้นำ) (๑๐ คะแนน)

๕.๓ เกณฑ์การตัดสิน ผู้ผ่านการประเมินต้องได้รับคะแนนรวมทุกองค์ประกอบสูงสุด โดยได้คะแนนรวมทุกองค์ประกอบไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

๖. แนวทางการแต่งตั้ง

ตามแนวทางตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๘/ว ๑๒๑๑ ลงวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๕

ประกาศ ณ วันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(ลงชื่อ)

(นายอนุ ทองแดง)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพร

ประธานคณะกรรมการประเมินฯ

ใบสมัคร

รูปถ่าย
๑ x ๑.๕ นิ้ว

แบบใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุข)ระดับอาวุโส

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ.....ชื่อสกุล.....
วัน เดือน ปีเกิด.....อายุตัว.....ปี อายุราชการ.....ปี
วันเกษียณอายุ.....ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....
ระดับ.....ส่วนราชการ.....
ตั้งแต่.....อัตราเงินเดือน.....บาท
โทรศัพท์.....E-mail.....

๒. การดำรงตำแหน่ง

ดำรงตำแหน่ง.....ระดับชำนาญงาน (ระดับ ๕-๖) 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. ประสบการณ์ดำรงตำแหน่ง/ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่/รักษาการในตำแหน่ง ตั้งแต่ระดับหัวหน้างานขึ้นไป

- ๑ตั้งแต่.....
๒ตั้งแต่.....

๖. ผลสัมฤทธิ์ของงาน (ชื่อเรื่องผลงานเด่น)

เรื่อง.....
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จ หรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมิ่นสิทธิเข้ารับการประเมินบุคคลและหากได้รับการพิจารณาประเมินบุคคลแล้วจะถือว่าเป็นโมฆะ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเข้ารับการประเมินบุคคล
(.....)
(วันที่)/...../.....

๗. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

.....
.....
.....
.....

(ลงชื่อ)
(.....)
(ตำแหน่ง)
(วันที่)/...../.....

สถานที่ติดต่อ

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....

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

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

โทรสาร.....E-mail.....