

ใบสมัครเข้ารับการศึกษาเพื่อเลื่อนชั้นแต่งตั้ง
ให้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส) ตำแหน่งเลขที่ 11362

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลไชยภูมิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง

1. ชื่อผู้สมัคร อายุตัว ปี อายุราชการ ปี
วันบรรจุเข้ารับราชการ วันเดือนปี พ.ศ.
2. ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง (ตาม จ.18)..... ระดับ.....
สังกัดส่วนราชการ
ตั้งแต่ อัตราเงินเดือนปัจจุบัน บาท
ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ เมื่อ
ดำรงตำแหน่งระดับ 6 เมื่อ
ส่วนราชการที่ปฏิบัติงานจริง
ตำแหน่งอื่นที่ได้รับมอบหมายและเคยได้รับมอบหมาย
3. วุฒิการศึกษา
3.1จากสถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.
3.2จากสถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.
3.3จากสถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.
4. ประวัติการฝึกอบรม (หลักสูตรผู้บริหารต่าง ๆ ตั้งแต่เมื่อใด)
4.1เมื่อ พ.ศ.
4.2เมื่อ พ.ศ.
๕. ความผิดทางวินัย
 ถูกตั้งกรรมการสอบสวนเมื่อ.....เรื่อง.....
 เคยถูกลงโทษทางวินัยเมื่อ.....เรื่อง.....
 ไม่มี
- ๖ เคยได้รับการพิจารณาความดีความชอบ ๓ ปี ย้อนหลัง ดังนี้
๑ เม.ย. ๒๕๕๙ ร้อยละที่เลื่อน ๑ ต.ค. ๒๕ ร้อยละที่เลื่อน
๑ เม.ย. ๒๕๖๐ ร้อยละที่เลื่อน ๑ ต.ค. ๒๕ ร้อยละที่เลื่อน
๑ เม.ย. ๒๕๖๑ ร้อยละที่เลื่อน ๑ ต.ค. ๒๕ ร้อยละที่เลื่อน
7. วิสัยทัศน์/ความคาดหวัง (ให้แสดงรายละเอียดได้ไม่เกิน ๑ หน้ากระดาษ A๔)
.....
.....
.....
.....

7. แผนงานโครงการที่จะดำเนินการเมื่อดำรงตำแหน่งที่สมัครในอนาคต (ให้แสดงรายละเอียดได้ไม่เกิน ๑ หน้ากระดาษ A๔)

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

8. เป้าหมาย (ให้แสดงรายละเอียดได้ไม่เกิน ๑ หน้ากระดาษ A๔)

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิ์ได้รับการคัดเลือก และหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือว่าเป็นโมฆะ

(ลงชื่อ)..... (ผู้ขอรับการคัดเลือก)
(.....)

9. คำรับรอง/ ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

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

(ลงชื่อ).....
(.....)

ตำแหน่ง.....

แบบแสดงผลงาน
ประกอบการพิจารณาเลื่อนตำแหน่ง

ชื่อเจ้าของผลงาน

ตำแหน่งในสายงาน

ตำแหน่งทางการบริหาร

สังกัด (ตาม จ.18)

ผลงาน ประโยชน์ของผลงาน ความรู้ความสามารถที่ใช้
ในการปฏิบัติงานนั้น

1.

(ชื่อ และสาระสำคัญของผลงานโดยสรุป)

2.

3.

(ลงชื่อ).....เจ้าของผลงาน

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....

ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

.....

.....

.....

.....

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....