

เลขที่สมัคร.....

แบบใบสมัครคัดเลือกเพื่อบรรจุบุคคลเข้ารับราชการ

ติดรูปถ่าย  
ขนาด 1.5x 2 นิ้ว

เรียน .....(หัวหน้าส่วนราชการผู้ดำเนินการคัดเลือก).....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....

สัญชาติ .....เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... อายุ ..... ปี ..... เดือน

(นับถึงวันสมัคร) เลขประจำตัวประชาชน..... ออกให้ ณ อำเภอ .....

จังหวัด..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... เป็นผู้

ได้รับทุนเล่าเรียนหลวงหรือทุนรัฐบาล และสำเร็จการศึกษาวุฒิ .....

ซึ่งได้รับอนุมัติการศึกษาดังกล่าวจากสถานศึกษา .....

ประเทศ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

สำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรที่ ก.พ. อนุมัติให้ส่วนราชการจัดให้มีการศึกษาขึ้น เพื่อเข้ารับราชการใน

ส่วนราชการนั้นโดยเฉพาะ โดยได้รับวุฒิ ..... ซึ่งได้รับอนุมัติวุฒิการศึกษาดังกล่าวจาก

สถานศึกษา ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

สำเร็จการศึกษาในวุฒิที่ ก.พ. กำหนดให้คัดเลือกบรรจุได้ คือวุฒิ .....

ซึ่งได้รับอนุมัติวุฒิการศึกษาดังกล่าวจากสถานศึกษา .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เคยสอบแข่งขันได้ในตำแหน่ง.....ตามประกาศการขึ้นบัญชีผู้สอบแข่งขันได้

ของกรม/สำนักงาน ..... ลงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... และถึงลำดับที่ที่จะได้รับการ

บรรจุเข้ารับราชการแล้ว แต่ไม่สามารถไปรับการบรรจุได้ เนื่องจากอยู่ในระหว่างรับราชการทหารตามกฎหมายว่าด้วยการรับราชการทหาร

และขณะนี้บัญชีผลการสอบแข่งขันตำแหน่งดังกล่าวได้ถูกยกเลิกไปแล้ว ขอสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อบรรจุเข้ารับราชการเป็น

ข้าราชการพลเรือนสามัญในตำแหน่ง ..... ของกรม/สำนักงาน .....

และขอแจ้งข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

สถานที่เกิด จังหวัด..... ภูมิลำเนา ..... ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ .....

ตโรค/ชอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... e-mail address ..... โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์มือถือ .....

อาชีพ  ลูกจ้าง/พนักงานราชการ  ข้าราชการพลเรือนสามัญ ตำแหน่ง.....

ข้าราชการประเภทอื่น ตำแหน่ง .....  กำลังศึกษาต่อ

อื่น ๆ .....

สถานที่ทำงาน กรม/บริษัท ..... กอง/ฝ่าย .....

e-mail address ..... โทรศัพท์ .....

สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า

ชื่อสามี/ภรรยา ..... สัญชาติ ..... อาชีพ .....

ชื่อบิดา ..... สัญชาติ ..... อาชีพ .....

ชื่อมารดา ..... สัญชาติ ..... อาชีพ .....

2. ประวัติการศึกษา (กรอกทุกวุฒิที่ได้รับและแนบสำเนาระเบียนผลการเรียนเฉพาะวุฒิที่ใช้สมัครคัดเลือกมาพร้อมใบสมัคร)

วุฒิที่ได้รับ	สาขาวิชา (วิชาเอก)	คะแนนเฉลี่ย ตลอดหลักสูตร	ชื่อสถานศึกษา	ระยะเวลา ตั้งแต่.....ถึง.....

3. ประวัติการทำงาน/การฝึกงาน

สถานที่ทำงาน/ฝึกงาน	ตำแหน่ง/ลักษณะงาน	เงินเดือนสุดท้าย ก่อนออก	ระยะเวลา ตั้งแต่.....ถึง.....	เหตุผลที่ออก

4. ความรู้ความสามารถพิเศษ .....

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในใบสมัครนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ.....

**แบบประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลการปฏิบัติงาน**  
**เพื่อบรรจุเป็นข้าราชการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข**

ชื่อผู้รับการประเมิน.....  
 ตำแหน่ง.....ตำแหน่ง/ตำแหน่งเดิม.....  
 สังกัด.....

**ตอนที่ 1 การประเมิน**

- 1) ให้ประเมินทั้งผลงานและคุณลักษณะในการปฏิบัติงาน
- 2) หากประสงค์จะประเมินเรื่องใดเพิ่มขึ้น ให้ระบุเรื่องที่จะประเมินในองค์ประกอบอื่น ๆ

	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนประเมิน
1	ผลงาน		
1.1	ปริมาณผลงาน (พิจารณาจากปริมาณผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ข้อตกลง หรือมาตรฐานของงาน)	30	
1.2	คุณภาพของผลงาน (พิจารณาจากความถูกต้อง ความครบถ้วน ความสมบูรณ์ และความประณีต หรือคุณภาพอื่น ๆ)	30	
1.3	ความทันเวลา (พิจารณาจากเวลาที่ใช้ปฏิบัติงานเปรียบเทียบกับเวลาที่กำหนดไว้สำหรับการปฏิบัติงานหรือภารกิจนั้น)	30	
1.4	การประหยัดหรือความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร (พิจารณาจากความฟุ่มเฟือยในการใช้ทรัพยากร หรือความสัมพันธ์ระหว่างทรัพยากรที่ใช้กับผลผลิตของงานหรือ โครงการ)	25	
1.5	ผลสัมฤทธิ์ของงานที่ปฏิบัติได้ (พิจารณาจากผลผลิตหรือผลลัพธ์ของผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ของงาน)	25	
1.6	องค์ประกอบอื่น ๆ 1)..... 2).....		
<b>รวมคะแนนด้านผลงาน</b>		<b>140</b>	

**ตอนที่ 2 ความเห็นของผู้บังคับบัญชา**

2.1 ความเห็นเกี่ยวกับการพัฒนา ฝึกอบรม และการแก้ไขการปฏิบัติงาน (ระบุความถนัด จุดเด่น และสิ่งที่ควรพัฒนาของผู้รับการประเมิน)

2.2 ความเห็นผู้บังคับบัญชา

**ความเห็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้น**

สมควรได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ

ไม่สมควรได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ เพราะ.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น)

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

**ความเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป**

( ) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

( ) มีความเห็นแตกต่างจากการประเมินข้างต้น ดังนี้

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....



ที่ /๒๕๕๘

โรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ.....  
อำเภอ..... จังหวัด.....๕๕๐๐๐

หนังสือฉบับนี้ ให้ไว้เพื่อรับรองว่า.....เป็น  
ลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง ตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานที่.....  
โดยเริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....และเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข  
ตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานที่.....ตั้งแต่วันที่  
.....ถึงวันที่.....เป็นผู้มีผลการปฏิบัติงานดี มีความประพฤติเรียบร้อย

ให้ไว้ ณ วันที่.....

( ชื่อเต็ม )

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ.....



ที่ ๗๕๕๘

โรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ.....  
อำเภอ..... จังหวัด.....๕๕๐๐๐

หนังสือฉบับนี้ ให้ไว้เพื่อรับรองว่า.....เป็น  
ลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง ตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานที่.....  
โดยเริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....และเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข  
ตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานที่.....ตั้งแต่วันที่.....  
.....ถึงวันที่.....เป็นผู้มีผลการปฏิบัติงานดี มีความประพฤติเรียบร้อย

ให้ไว้ ณ วันที่.....

( ชื่อเต็ม )  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ.....