

29 ส.ย. 2560

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด	ศาลากลางจังหวัดร้อยเอ็ด
เลขที่ ๑๑๗๐	เลขรับที่ 8992	เลขรับที่ ก12921
วันที่ ๒๙ มิ.ย. ๒๕๖๐	วันที่ ๒๙ มิ.ย. ๒๕๖๐	ลงวันที่ 29 มิ.ย. 2560
เวลา	เวลา	เวลา



ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๓๑๒/ว ๑๕๐๐

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งทันตแพทย์ (ด้านทันตสาธารณสุข/ด้านทันตกรรม) ระดับเชี่ยวชาญ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และในโรงพยาบาลชุมชน

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑ ฉบับ
(สามารถ Download ได้ที่ <http://hr.moph.go.th/person/indexhome.htm>)

ด้วยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะดำเนินการคัดเลือกข้าราชการเพื่อเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งทันตแพทย์ (ด้านทันตสาธารณสุข/ด้านทันตกรรม) ระดับเชี่ยวชาญ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และในโรงพยาบาลชุมชนว่าง และจะว่างเนื่องจากเกษียณอายุราชการ จำนวน ๖๐ ตำแหน่ง ผู้มีความประสงค์จะเข้ารับการคัดเลือกสามารถยื่นใบสมัครได้ที่ กลุ่มงานสร้างความร่วมมือทางการบริหาร กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่วันพุธ ที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๐ ถึงวันพุธ ที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๐ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมศักดิ์ อรรถศิลป์)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข รักษาราชการแทน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ทราบ/เห็นชอบ | <input type="checkbox"/> อนุมัติ |
| <input type="checkbox"/> ดำเนินการ | <input type="checkbox"/> อนุญาต |
| <input type="checkbox"/> ลงนามแล้ว | <input checked="" type="checkbox"/> <u>ของงาน ๑.</u> |

๒.๕.

(นายบุญมี โพธิ์สนาม)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

รักษาการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

กองบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๔๕๕

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๔๒๔



ประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ทันตแพทย์ (ด้านทันตสาธารณสุข/ด้านทันตกรรม) ระดับเชี่ยวชาญ
ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และในโรงพยาบาลชุมชน

ด้วยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะดำเนินการคัดเลือกข้าราชการให้ดำรงตำแหน่ง
ทันตแพทย์ (ด้านทันตสาธารณสุข/ด้านทันตกรรม) ระดับเชี่ยวชาญ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ
ในโรงพยาบาลชุมชนที่ว่าง และจะว่างเนื่องจากเกษียณอายุราชการ เพื่อให้การคัดเลือกเป็นไปตามระบบ
คุณธรรม ได้ผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ความประพฤติ คุณลักษณะที่เหมาะสมกับตำแหน่ง จึงประกาศรับ
สมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งทันตแพทย์ (ด้านทันตสาธารณสุข/ด้านทันตกรรม) ระดับ
เชี่ยวชาญ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และในโรงพยาบาลชุมชน ดังต่อไปนี้

ก. ตำแหน่งที่รับสมัคร

๑. ตำแหน่งทันตแพทย์ระดับเชี่ยวชาญ (ด้านทันตกรรม/ด้านทันตสาธารณสุข)
ในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๔๘ ตำแหน่ง โดยผู้ที่ได้รับคัดเลือกจะต้องปฏิบัติราชการในโรงพยาบาลชุมชน
เท่านั้น และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะตัดตำแหน่งให้ตรงตัวผู้ที่ได้รับคัดเลือกและปฏิบัติงานจริง
ในโรงพยาบาลชุมชน

๒. ตำแหน่งทันตแพทย์ระดับเชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
จำนวน ๑๒ ตำแหน่ง รายละเอียดตามแนบท้ายประกาศนี้ (สมัครได้มากกว่า ๑ ตำแหน่ง) โดยผู้ที่ได้รับ
คัดเลือกต้องไปปฏิบัติงานในตำแหน่งและส่วนราชการที่ได้รับคัดเลือก

ข. คุณสมบัติ...

ข. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิเข้ารับสมัครคัดเลือก

๑) มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งทันตแพทย์ ระดับปฏิบัติการ คือ มีคุณวุฒิต่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- ได้รับปริญญาในสาขาวิชาทันตแพทยศาสตร์ หรือคุณวุฒิต่างอื่นที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโรคศิลปะ สาขาทันตกรรมชั้นหนึ่ง หรือได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม จากทันตแพทยสภา

- ได้รับปริญญาในสาขาวิชาทันตแพทยศาสตร์ หรือคุณวุฒิต่างอื่นที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโรคศิลปะ สาขาทันตกรรมชั้นหนึ่ง หรือได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม จากทันตแพทยสภา และได้รับวุฒิปัตร (หลักสูตรการฝึกอบรมทันตแพทย์เฉพาะทางระดับวุฒิปัตร) หรืออนุปริญญาบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพทันตกรรม ของทันตแพทยสภา ที่มีกำหนดเวลาศึกษาอบรมไม่น้อยกว่า ๓ ปี

- ได้รับปริญญาหรือคุณวุฒิต่างอื่นที่ ก.พ. กำหนดว่าใช้เป็นคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งนี้ได้ และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโรคศิลปะ สาขาทันตกรรมชั้นหนึ่ง หรือได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม จากทันตแพทยสภา หรือได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโรคศิลปะ สาขาทันตกรรมชั้นหนึ่ง หรือได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม จากทันตแพทยสภา และได้รับวุฒิปัตร (หลักสูตรการฝึกอบรมทันตแพทย์เฉพาะทางระดับวุฒิปัตร) หรืออนุปริญญาบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพทันตกรรม ของทันตแพทยสภา ที่มีกำหนดเวลาศึกษาอบรมไม่น้อยกว่า ๓ ปี

๒) ดำรงตำแหน่งทันตแพทย์ระดับชำนาญการพิเศษ มาแล้วไม่น้อยกว่า ๓ ปีหรือดำรงตำแหน่ง อย่างอื่นที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด และ

๓) ต้องปฏิบัติงานด้านทันตกรรม ทันตสาธารณสุข หรืองานอื่นที่เกี่ยวข้องตามที่ส่วนราชการ เจ้าสังกัดเห็นว่าเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบและลักษณะงานที่ปฏิบัติมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี และ

๔) มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลในตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับเชี่ยวชาญ ตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๐๗๐๘.๔/ว ๑๖ ลงวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๓๘ และ

๕) มีวุฒิการศึกษาเพิ่มเติมระดับปริญญาโทหรือเทียบเท่า ระดับวุฒิปัตร (เทียบเท่าปริญญาเอก) ระดับอนุปริญญาบัตร (เทียบเท่าปริญญาเอก) สำหรับทันตแพทย์ที่บรรจุเข้ารับราชการ ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๔๒ เป็นต้นไป

ค. การสมัคร

ให้ผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการคัดเลือกส่งเอกสารที่ใช้ในการสมัครเพื่อขอรับคัดเลือกที่ กลุ่มงานสร้างความต่อเนื่องทางการบริหาร กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่วันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๐ (หากส่งเอกสารทางไปรษณีย์จะถือว่าวันประทับตราของไปรษณีย์เป็นสำคัญ)

ง. เอกสารที่ใช้ในการสมัครเพื่อขอรับคัดเลือก

- | | |
|--|-------------|
| ๑. ใบสมัคร | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒. สำเนาวุฒิการศึกษาและสำเนาวุฒิบัตรหรืออนุมติบัตร
หรือปริญญาโทในสาขาที่ขอรับคัดเลือก | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. สำเนาทะเบียนประวัติ (ก.พ. ๗) | จำนวน ๑ ชุด |
| ๔. เอกสารตามแนบท้ายประกาศรับสมัครฯ | จำนวน ๘ ชุด |

จ. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก

๑. ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาให้ความเห็นชอบเบื้องต้น
๒. คณะกรรมการกลั่นกรองการคัดเลือกข้าราชการให้ดำรงตำแหน่งทันตแพทย์ (ด้านทันตสาธารณสุข/ด้านทันตกรรม) ระดับเชี่ยวชาญ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และในโรงพยาบาลชุมชน พิจารณาเพื่อเสนอคณะกรรมการพิจารณาความเหมาะสมและคัดเลือกข้าราชการพลเรือนสามัญ เพื่อเลื่อนข้าราชการชั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งฯ (คลข. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ตามหลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๐๗๐๘.๔/ว ๑๖ ลงวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๓๘ โดยพิจารณาจากเอกสารข้อมูลของผู้สมัคร และใช้วิธีการสัมภาษณ์แสดงวิสัยทัศน์ จาก ๕ องค์กรประกอบ คะแนน ๑๐๐ คะแนน ดังนี้

- | | |
|---|----------------|
| ๒.๑ ความรู้ความสามารถและความชำนาญในการปฏิบัติงาน | คะแนน ๒๐ คะแนน |
| ๒.๒ ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง | คะแนน ๓๐ คะแนน |
| ๒.๓ การปฏิบัติตนเหมาะสมกับการเป็นข้าราชการ | คะแนน ๑๐ คะแนน |
| ๒.๔ ผลงานหรือผลการปฏิบัติงาน | คะแนน ๒๐ คะแนน |
| ๒.๕ เกณฑ์อื่น ๆ เช่นภาวะผู้นำ มนุษยสัมพันธ์ ความเสียสละ | คะแนน ๒๐ คะแนน |

ทั้งนี้ ผู้ผ่านการคัดเลือกต้องได้คะแนนไม่ต่ำกว่า ๖๐ % และมีผลงานพร้อมที่จะส่งประเมิน

๓. ประกาศรายชื่อผู้เข้ารับการประเมินความเหมาะสมกับตำแหน่งโดยวิธีการสอบสัมภาษณ์ ในวันอังคาร ที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ ทาง เว็บไซต์กองบริหารทรัพยากรบุคคล <http://hr.moph.go.th/person/indexhome.htm>

ฉ. การแต่งตั้ง

คณะกรรมการกลั่นกรองการคัดเลือกข้าราชการให้ดำรงตำแหน่งทันตแพทย์ (ด้านทันตสาธารณสุข / ด้านทันตกรรม) ระดับเชี่ยวชาญในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน เสนอผลการคัดเลือกให้ คลข. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คัดเลือกผู้ที่เหมาะสมสำหรับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง แล้วเสนอ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาเห็นชอบให้ผู้ที่เหมาะสม ๆ ส่งคำขอประเมินบุคคลและผลงานให้สำนักงาน ก.พ. พิจารณาต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๐



(นายสมศักดิ์ อรรถศิลป์)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข รักษาราชการแทน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดผลงานที่เสนอให้ประเมิน

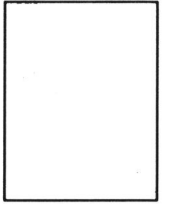
ตำแหน่งทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตกรรม/ด้านทันตสาธารณสุข)

จำนวนเอกสารที่ให้จัดส่ง ๘ ชุด (ฉบับจริง ๑ ชุด สำเนา ๗ ชุด) แยกได้ดังนี้

ผลงานที่ส่งประเมิน	จำนวนผลงาน	**ให้ตรวจสอบ/ปรับปรุง อวช.๑ ชุดที่ขอรับคัดเลือก ก่อนส่งให้ สป.
<p>๑. แบบประเมินบุคคลและผลงาน (อวช.๑) ให้จัดทำเป็นเล่มที่มีลายเซ็นจริง (มีใช้สำเนา) จำนวน ๑ ชุด สำเนา ๗ ชุด</p> <p>- แบบพิจารณาคุณสมบัติของบุคคล (เอกสารหมายเลข ๑)</p> <p>- แบบประเมินคุณลักษณะของบุคคล (เอกสารหมายเลข ๒)</p> <p>- แบบแสดงรายละเอียดการเสนอผลงาน (เอกสารหมายเลข ๓)</p> <p>- สำหรับผู้ที่บรรจุเข้ารับราชการตั้งแต่ ๑ เม.ย.๒๕๔๒ เป็นต้นไป ต้องแนบสำเนาวุฒิการศึกษาเพิ่มเติมระดับปริญญาโท หรือเทียบเท่า หรือระดับวุฒิบัตร หรืออนุมัติบัตร ในสาขาวิชาชีพ รับรองสำเนาถูกต้องและให้แนบไว้ท้ายเล่ม อวช.๑</p>	๘ ชุด	<p>๑. ปรับข้อมูลใน อวช.๑ ให้เป็นปัจจุบัน ระบุตำแหน่งที่ขอประเมิน ให้ถูกต้องและระบุ วัน/เดือน/ปี ที่ลงนามทุกแห่ง</p> <p>๒ แบบตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคลให้ใช้แบบฟอร์มตาม ว ๑๖/๒๕๓๘ และให้ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่ตรวจสอบ/ลงนามด้วย</p> <p>๓. การเสนอผลงานย้อนหลัง ๓ ปี ในแบบคำขอประเมิน (อวช.๑) ให้เสนอเป็นปีงบประมาณ ๒๕๕๗ , ๒๕๕๘ และ ๒๕๕๙</p> <p>๔. หน้าที่ ก.พ. กำหนดเขียนให้ถูกต้อง</p> <p>๕. การเผยแพร่ผลงานให้ระบุชื่อวารสาร ฉบับที่/เดือน/ปี ที่เผยแพร่และจำนวนหน้าใน อวช. ๑ ด้วย</p> <p>๖. การจัดทำผลงานให้ระบุสัดส่วนที่ดำเนินการ ถ้ามีผู้ร่วมดำเนินการให้ผู้ร่วมดำเนินการลงนามรับรองด้วยโดยเรียงลำดับการรับรองทีละเรื่อง</p> <p>๗. ให้แนบบแบบฟอร์มคำรับรองผลงานของปลัดกระทรวงต่อจากคำรับรองผลงานของผู้บังคับบัญชาไว้ในเล่ม อวช. ๑ ด้วย</p>
๒. วารสารฉบับจริงที่ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิชาการ	๑ เล่ม	
๓. สำเนาผลงานวิชาการ (reprint) จำนวน ๑ - ๓ เรื่อง ซึ่งถ่ายจากวารสารฉบับจริง ตามข้อ ๒ (เฉพาะ reprint ส่ง ๘ ชุด)	๘ ชุด	
๔. ผลงานวิชาการฉบับสมบูรณ์ เรื่องเดียวกับที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร จำนวน ๑ - ๓ เรื่อง ตามที่สรุปไว้ในเล่ม อวช.๑ (ถ้ามี)	๘ ชุด	
๕. หลักฐานประกอบผลงานการสอน และผลงานการให้คำปรึกษาแนะนำ ตามรายละเอียดที่เสนอในผลงานย้อนหลัง ๓ ปี (จำนวนเท่าที่มี)	*อาจแนบท้ายเล่ม อวช. ๑ หรือจัดทำแยกเล่มก็ได้	
๖. ผลงานการให้บริการทางวิชาการเฉพาะตัวดีเด่น จำนวน ๑ - ๓ เรื่อง	เรื่องละ ๘ ชุด	

**หมายเหตุ ดูตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอประเมินระดับเชี่ยวชาญ ที่ <http://๒๐๓.๑๕๗.๑๙.๙๔//person/indexhome.htm>

แบบสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ทันตแพทย์ (ด้านทันตสาธารณสุข/ด้านทันตกรรม) ระดับเชี่ยวชาญ
ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน



ตำแหน่งที่จะสมัคร

(.....) ตำแหน่งทันตแพทย์ระดับเชี่ยวชาญ (ด้านทันตกรรม/ด้านทันตสาธารณสุข)
ในโรงพยาบาลชุมชน

(.....) ตำแหน่งทันตแพทย์ระดับเชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๑. ตำแหน่งเลขที่..... กลุ่มงาน..... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
๒. ตำแหน่งเลขที่..... กลุ่มงาน..... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
๓. ตำแหน่งเลขที่..... กลุ่มงาน..... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ..... สกุล.....
วัน เดือน ปี เกิด..... อายุตัว..... ปี อายุราชการ..... ปี
วันเกษียณอายุ..... ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....
ประเภท..... ระดับ.....
ส่วนราชการ.....
ตั้งแต่..... อัตราเงินเดือนปัจจุบัน..... บาท
โทรศัพท์..... e-mail.....

๒. การดำรงตำแหน่ง

- ๒.๑ ปัจจุบันทำหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงาน..... ตั้งแต่วันที่.....
มีผู้ใต้บังคับบัญชาจำนวน.....คน
๒.๒ ดำรงตำแหน่ง..... ระดับชำนาญการพิเศษ (ระดับ ๘) ตั้งแต่วันที่.....
๒.๓ ตำแหน่งอื่นที่ได้รับมอบหมายหรือเคยได้รับมอบหมาย
๒.๓.๑ หัวหน้ากลุ่มงาน..... โรงพยาบาล.....
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... ตั้งแต่วันที่.....
ถึงวันที่.....
๒.๓.๒ ทำหน้าที่ อื่น ๆ
โรงพยาบาล..... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

๓. การพิจารณาความดีความชอบ

๓.๑ ได้รับการพิจารณาเลื่อนเงินเดือน ๒ ชั้น จำนวน.....ครั้ง

๓.๒ ได้รับการพิจารณาเลื่อนเงินเดือนในระดับผลการประเมินดีเด่น จำนวน.....ครั้ง

๔. ความผิดทางวินัย เป็นผู้อยู่ระหว่าง

- ถูกสอบสวน.....เมื่อ.....
- ถูกลงโทษ.....เมื่อ.....
- ไม่มี

๕. วุฒิการศึกษา (โปรดแนบหลักฐาน)

- ปริญญาตรีสาขา.....
สถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....
- ปริญญาโทสาขา.....
สถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....
- ปริญญาเอกสาขา.....
สถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....
- หนังสืออนุมัติ / วุฒิบัตร ฯ

๖. วิสัยทัศน์/ความคาดหวัง

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

๗. แนวทางการดำเนินการและการแก้ปัญหา

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

๘. แผนงาน/โครงการที่จะดำเนินการเมื่อดำรงตำแหน่งที่สมัครในอนาคต (ภายใน ๓ ปี)

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

๙. บุคคลอ้างอิง (Recommender) จำนวน ๓ ท่าน

๑. ตำแหน่ง
- ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้
- โทรศัพท์
๒. ตำแหน่ง
- ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้
- โทรศัพท์
๓. ตำแหน่ง
- ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้
- โทรศัพท์

๑๐. เมื่อข้าพเจ้าได้รับการพิจารณาคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับเชี่ยวชาญ ข้าพเจ้าพร้อมที่จะเขียนผลงานทางวิชาการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลา ๖ เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมดสิทธิได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ

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

๑๑. คำรับรอง...

๑๑. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

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

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

๑๒. คำรับรอง/ความเห็นของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

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

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

สถานที่ติดต่อ

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....

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

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

โทรสาร.....e-mail.....