**แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล**

**ของ**

**………………………………..**

**ตำแหน่ง................................... ตำแหน่งเลขที่ ..............................**

**........................................... โรงพยาบาลกุมภวาปี**

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี**

**ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง**

**ตำแหน่ง............................... (ด้าน.....................) ตำแหน่งเลขที่ .......................**

**กลุ่มงาน....................... โรงพยาบาลกุมภวาปี**

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี**

**แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล**

| **1. แบบแสดงข้อมูลส่วนบุคคล** | | |
| --- | --- | --- |
| **๑. ชื่อผู้ขอประเมิน** ..........................  **๒. ตำแหน่งปัจจุบัน** ................................ระดับ........................... ตำแหน่งเลขที่ ................................  ................................โรงพยาบาลกุมภวาปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี  สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข  **๓. ตำแหน่งที่ขอประเมิน** ...................... (ด้าน......................) ระดับ..............................  ตำแหน่งเลขที่ ................................โรงพยาบาลกุมภวาปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี  สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข  **๔. ประวัติส่วนตัว** (จาก ก.พ. ๗)  เกิดวันที่ ……… เดือน ……………… พ.ศ. …………….. อายุ ……… ปี ………….เดือน  อายุราชการ …….ปี ……….. เดือน ปีเกษียณ พ..ศ. 2592  **๕. ประวัติการศึกษา** | | |
| คุณวุฒิและวิชาเอก  (ชื่อปริญญา) | ปีที่สำเร็จการศึกษา | สถาบัน |
| ................................ | พ.ศ. .................. | ................................. |
| **๖. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ**  ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ....................  เลขที่ใบอนุญาต .................................  วันออกใบอนุญาต วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2557 วันหมดอายุ วันที่ ........................................... | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. แบบแสดงข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)** | | | | | | | | |
| **๗. ประวัติการรับราชการ** | | | | | | | | |
| **วัน เดือน ปี** | | **ตำแหน่ง** | | **สังกัด** | | | | |
| ........................... | | ................................ | | กลุ่มงาน...........................  โรงพยาบาลกุมภวาปี  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี | | | | |
| ………………………. | | ................................ | | ................................  โรงพยาบาลกุมภวาปี  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี | | | | |
| ………………………… | | ................................ | | ................................  โรงพยาบาลกุมภวาปี  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี | | | | |
|  | |  | | กลุ่มงาน...........................  โรงพยาบาลกุมภวาปี  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี | | | | |
|  | |  | | ................................  โรงพยาบาลกุมภวาปี  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี | | | | |
|  | |  | | ................................  โรงพยาบาลกุมภวาปี  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี | | | | |
|  | |  | | กลุ่มงาน...........................  โรงพยาบาลกุมภวาปี  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี | | | | |
|  | |  | | ................................  โรงพยาบาลกุมภวาปี  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี | | | | |
|  | |  | | ................................  โรงพยาบาลกุมภวาปี  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี | | | | |
|  | |  | | กลุ่มงาน...........................  โรงพยาบาลกุมภวาปี  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี | | | | |
|  | |  | | ................................  โรงพยาบาลกุมภวาปี  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี | | | | |
|  | |  | | ................................  โรงพยาบาลกุมภวาปี  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี | | | | |
|  | |  | |  | | | | |
|  | |  | |  | | | | |
| **1. แบบแสดงข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)** | | | | | | | | |
| **8. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน** | | | | | | | | |
| **ปี** | **ระยะเวลา** | | **หลักสูตร** | | **สถาบัน** | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | | | |
| **1. แบบแสดงข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)** | | | | | | | | |
| **9. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน**  ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไวในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ   |  |  |  | | --- | --- | --- | | (ลงชื่อ) | ..................................................... | (ผู้ขอประเมิน) | |  | (……………………………………..) |  | | (วันที่) | ............/.................../.................. |  | | | | | | | | | |
| **2. แบบสรุปความเห็นในการประเมินคุณลักษณะของบุคคล** | | | | | | | | |
| ชื่อผู้ขอประเมิน ..........................  ตำแหน่งที่ขอประเมิน .................... (ด้าน...........................) ระดับ.................................. | | | | | | | | |
| **รายการประเมิน** | | | | | | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้รับ** | |
| **1. ความรับผิดชอบ** พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น  - เอาใจใส่ในการทำงานที่ได้รับมอบหมายและหรืองานที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ  - ยอมรับผลงานของตนเองทั้งในด้านของความสำเร็จและความผิดพลาด  - พัฒนาและปรับปรุงงานในหน้าที่ให้ดียิ่งขึ้นและหรือแก้ไขปัญหาหรือข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น เช่น งานใดที่สำเร็จและได้ผลดีแล้วก็พยายามปรับปรุง  ให้ดีขึ้นไปอีกเรื่อยๆ หรืองานที่พบว่ามีปัญหาหรือข้อผิดพลาดก็พยายาม  แก้ไขไม่ละเลยหรือปล่อยทิ้งไว้จนเกิดปัญหาเช่นนั้นซ้ำๆ อีก  **2. ความคิดริเริ่ม** พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น  - คิดค้นระบบแนวทาง วิธีดำเนินการใหม่ๆ เพื่อประสิทธิผลของงาน  - แสดงความคิดเห็นให้ข้อเสนอแนะอย่างสมเหตุสมผลและสามารถปฏิบัติได้  - แสวงหาความรู้ใหม่ๆ เพิ่มเติมอยู่เสมอโดยเฉพาะในสายวิชาชีพ/งานของตน  - ตรวจสอบ ปรับปรุง แก้ไข หรือดัดแปลงวิธีทำงานให้มีประสิทธิภาพและ  ก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลา  - สนใจในงานที่ยุ่งยากซับซ้อน  - มีความไวต่อสถานการณ์หรือความฉับไวในการรับรู้สิ่งเร้าภายนอก  **3. การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ** พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น  - วิเคราะห์หาสาเหตุก่อนเสมอเมื่อประสบปัญหาใดๆ  - วิเคราะห์ลู่ทางแก้ปัญหา โดยมีทางเลือกปฏิบัติได้หลายวิธี  - เลือกทางปฏิบัติในการแก้ปัญหา ได้ถูกต้องเหมาะสม  - ใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจและแก้ปัญหา (ไม่ใช้ความรู้สึกของตนเอง)  **4**. **ความประพฤติ** พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น  - รักษาวินัย และมีน้ำใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่  - มีกิริยาวาจาสุภาพ อ่อนโยน  - มีความประพฤติส่วนตัวที่เหมาะสมและควบคุมอารมณ์ได้  - ปฏิบัติงานอยู่ในกรอบของข้อบังคับว่าด้วยจรรยาบรรณของข้าราชการ  พลเรือนและวิชาชีพของตน  - มีความซื่อสัตย์สุจริต  **5. ความสามารถในการสื่อความหมาย** พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น  - สื่อสารกับบุคคลต่างๆ เช่น ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน ผู้รับบริการ   และผู้ที่เกี่ยวข้องได้ดี โดยเข้าใจถูกต้องตรงกัน  - ถ่ายทอดและเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการให้ผู้อื่นเข้าใจอย่างชัดเจน  โดยใช้ภาษาอย่างถูกต้องเหมาะสม | | | | | | 15  15  15  15  10 | ..............  ..............  ..............  ..............  .............. | |
| **รายการประเมิน** | | | | | | | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้รับ** | |
| 6. การพัฒนาตนเอง พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น  - ติดตาม ศึกษา ค้นคว้าความรู้ใหม่ หรือสิ่งที่เป็นความก้าวหน้าทางวิชาการ/  วิชาชีพอยู่เสมอ  - สนใจและปรับตนเองให้ก้าวทันวิทยาการใหม่ๆ ตลอดเวลา  - นำความรู้และวิทยาการใหม่ๆ มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน  ได้อย่างมีประสิทธิภาพ  7. การทำงานร่วมกับผู้อื่น  - ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น  - ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานกับผู้อื่น  - เคารพในสิทธิของผู้อื่น  - มีมนุษยสัมพันธ์ในการปฏิบัติงาน  8. ความเสียสละ  - การอุทิศเวลาให้งาน  - สามารถช่วยเหลือหน่วยงานขององค์กรอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอก  องค์กรทั้งงาน โดยตรงและงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ  - การไม่เกี่ยงงาน | | | | | | | 10  10  10 | ..............  ..............  .............. | |
| **รวม** | | | | | | | 100 | |  |

**ความเห็นของผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล**

( ) เหมาะสมกับตำแหน่งที่ขอรับการประเมินบุคคล ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70

( ) ไม่เหมาะสมกับตำแหน่งที่ขอรับการประเมินบุคคล ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70

(ระบุเหตุผล) ........................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| (ลงชื่อ) | ...................................... |
| ใส่ชื่อหัวหน้าภารกิจ | (.........................................) |
| ตำแหน่ง | ............................................ |
| (วันที่) | ............/............./.............. |

ความเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ

( ) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

( ) มีความเห็นแตกต่างจากการประเมินข้างต้นในแต่ละรายการ ดังนี้

(ระบุเหตุผล) ........................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| (ลงชื่อ) | ...................................... |
|  | (นายสุมน ตั้งสุนทรวิวัฒน์) |
| ตำแหน่ง | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี |
| (วันที่) | ............/............./.............. |

**หมายเหตุ :** คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน** | | | |
| **ส่วนที่ 1 ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง**  ๑. ชื่อ – สกุล .......................... ตำแหน่ง................................ ระดับ.......................................  ................................โรงพยาบาลกุมภวาปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี  สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เงินเดือน ............................. บาท  2. วุฒิการศึกษา ........................ สาขาวิชา ................................  3. ดำรงตำแหน่งระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ เมื่อวันที่ ...............................  4. ดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะเข้ารับการประเมิน เมื่อวันที่ ...........................................  5. สรุปผลการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักย้อนหลัง 3 ปี | | | |
| **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน** | | | |
| **1. เรื่อง** ……………………………  **2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ** ………………………………………..  **3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน** | | | |
| **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)** | | | |
| **4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน**    **5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)** | | | |
| **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)** | |
| **6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ**  **7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ**  **8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ**  **9. ข้อเสนอแนะ** | |
| **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)** | | | |
| **10. การเผยแพร่ผลงาน** (ถ้ามี)  **11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน** ........................... สัดส่วนของผลงาน…………………  ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ   |  |  |  | | --- | --- | --- | | (ลงชื่อ) | ..................................................... |  | |  | (...................................) |  | |  | ................................ |  | | (วันที่) | ............/.................../.................. |  | |  | ผู้ขอประเมิน |  |   ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ | | | |
| **รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน** | | **ลายมือชื่อ** | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | | | |
| **ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน** | | | |
| ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ   |  |  | | --- | --- | | (ลงชื่อ) | ...................................... | |  | ( ) | | (ตำแหน่ง) | ...................................... | | (วันที่) | ............/............./.............. | |  | หัวหน้ากลุ่มงาน |  |  |  | | --- | --- | | (ลงชื่อ) | ...................................... | |  | ( ) | | (ตำแหน่ง) | ....................................... | | (วันที่) | ............/............./.............. | |  | ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล |  |  |  | | --- | --- | | (ลงชื่อ) | ................................................ | |  | (.................................................) | | (ตำแหน่ง) | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี | | (วันที่) | ............/............./.............. | |  | ผู้บังคับบัญชาที่ที่เหนือขึ้นไป |   **ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี)** ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1  โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป  **หมายเหตุ :** คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้ | | | |

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการ/ชำนาญการพิเศษ)**

**1. เรื่อง**

**2. หลักการและเหตุผล**

**3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข**

**4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

**5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ลงชื่อ) | ..................................................... |  |
|  | (.....................................) |  |
|  | ................................ |  |
| (วันที่) | ............/.................../.................. |  |
|  | ผู้ขอประเมิน |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ตอนที่ 4 แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล** | | |
| ชื่อผู้ขอประเมิน ..........................  ตำแหน่งที่ขอประเมิน ......................................(ด้าน.............................)ระดับ............................. | | |
| **รายการประเมิน** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนน**  **ที่ได้รับ** |
| 1. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการ รับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน  ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย  2. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง  3. เค้าโครงผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่ผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน  รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย  4. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน  5. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทัศนคติ เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์ | 20  30  30  10  10 | …………  …………  …………  …………  ………… |
| **รวม** | 100 |  |
| **1. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น**  ( ) เหมาะสม (ระบุเหตุผล)...................................................................................................................  ( ) ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล) ...............................................................................................................   |  |  | | --- | --- | | (ลงชื่อผู้ประเมิน) | ...................................... | |  | (...................................) | | (ตำแหน่ง) | .................................... | | (วันที่) | ............/............./.............. |   **2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ**  ( ) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น  ( ) ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น  (ระบุเหตุผล).....................................................................................................................................   |  |  | | --- | --- | | (ลงชื่อ) | ................................................ | |  | (.........................................) | | (ตำแหน่ง) | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี | | (วันที่) | ............/............./.............. | |  | ผู้บังคับบัญชาที่ที่เหนือขึ้นไป | | | |

**หมายเหตุ :** คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

|  |
| --- |
| **3. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57** |
| ( ) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70  ( ) ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70   (ระบุเหตุผล) ......................................................................................................................................   |  |  | | --- | --- | | (ลงชื่อ) | ................................................ | |  | (.....................................) | | (ตำแหน่ง) | ................................................ | | (วันที่) | ............/............./.............. | |