



ที่ ชม ๐๐๓๒.๐๐๑.๒/๙๕๒๒

ถึง โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง/อำเภอทุกอำเภอ

จังหวัดเชียงใหม่ ขอส่งสำเนาหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สร ๐๒๐๘.๐๘/ว ๑๓๗๖ ลงวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๕ เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการรับเงินประจำตำแหน่งสำหรับตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการและระดับทรงคุณวุฒิ ที่มีประสบการณ์ ทักษะ และสมรรถนะสำหรับตำแหน่งในสายงานที่ ก.พ. กำหนด ให้มีสิทธิได้รับเงินประจำตำแหน่ง โดยต้องดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการมาแล้วไม่น้อยกว่า ๒ ปี มีตำแหน่งต่างๆ ดังนี้

- นายแพทย์
- ทันตแพทย์
- เกสัชกร
- พยาบาลวิชาชีพ
- แพทย์แผนไทย
- นักรังสีการแพทย์
- นักเทคนิคการแพทย์
- นักกายภาพบำบัด
- นักกิจกรรมบำบัด
- นักจิตวิทยาคลินิก
- นักวิชาการคอมพิวเตอร์

จึงเรียนมาเพื่อแจ้งให้ผู้มีคุณสมบัติครบดำเนินการจัดทำแบบประเมินศักยภาพบุคคล ตามแบบฟอร์มที่แนบมาพร้อมนี้ผ่านผู้บังคับบัญชา ๒ คน ๒ ระดับ ตามแบบฟอร์มในหนังสือฉบับนี้ส่งให้กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โดยด่วน เพื่อจัดทำคำสั่งให้ได้รับเงินประจำตำแหน่งต่อไป



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๕๓๒๑ ๑๐๔๘ - ๕๐ ต่อ ๒๐๗ - ๒๑๐

โทรสาร ๐ ๕๓๒๑ ๑๗๔๐



แบบประเมินศักยภาพบุคคล
(กรณีการรับเงินประจำตำแหน่งสำหรับตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ)
ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ของ

นาย/นาง/นางสาว.....
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)
ตำแหน่งเลขที่ ๑๑๑๑๑
งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล
โรงพยาบาล..... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอประเมินบุคคลเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)
ตำแหน่งเลขที่ ๑๑๑๑๑
งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล
โรงพยาบาล..... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



แบบประเมินศักยภาพ
(กรณีการรับเงินประจำตำแหน่งสำหรับตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ)
ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับการประเมิน

๑. ชื่อ-นามสกุล.....

๒. ตำแหน่ง(ปัจจุบัน) ตำแหน่งเลขที่

งาน/ฝ่าย/กลุ่ม

กอง/ศูนย์/สำนัก

ดำรงตำแหน่งปัจจุบันเมื่อ(วันที่เป็นชำนาญการ).....อัตราเงินเดือนปัจจุบัน

๓. ขอประเมินเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่งเลขที่

งาน/ฝ่าย/กลุ่ม

กอง/ศูนย์/สำนัก กรม

๔. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่ขอรับเงินประจำตำแหน่ง.....ปี.....เดือน (นับถึงวันที่ส่งแบบฯ)

๕. ประวัติส่วนตัว (จาก ก.พ. ๗)

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.

อายุราชการ ปี เดือน

๖. ประวัติการศึกษา (ให้ระบุวุฒิทุกวุฒิที่ได้รับตั้งแต่แรกบรรจุ)

คุณวุฒิและวิชาเอก (ปริญญา/ปริญญาบัตร)	ปีที่สำเร็จการศึกษา	สถาบัน
.....
.....
.....

๗. ประวัติการรับราชการ

วัน เดือน ปี (ตั้งแต่วันที่-วันที่)	ตำแหน่ง	อัตราเงินเดือน	สังกัด
.....
.....
.....
.....
.....

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับการประเมิน (ต่อ)

๘. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งที่ดำรงอยู่ หรือที่ได้รับมอบหมาย ณ ปัจจุบัน

.....

๙. คุณลักษณะที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงานในตำแหน่งดังกล่าว

๙.๑ ความรู้ (ระบุมความรู้ในด้านต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อปฏิบัติงานในตำแหน่ง)

.....

๙.๒ ความสามารถ (ระบุมความสามารถที่จำเป็นต้องใช้เพื่อปฏิบัติงานในตำแหน่ง)

.....

๙.๓ ทักษะความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ที่จำเป็น

.....

๙.๔ คุณลักษณะอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน

.....

ขอรับรองว่าข้อรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้ขอรับการประเมิน
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือนพ.ศ.

ส่วนที่ ๒ การประเมินศักยภาพบุคคล (สำหรับผู้บังคับบัญชา) คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน		
ก. การประเมินของผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมกำกับดูแลการปฏิบัติงาน		
รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน มีความรู้ความชำนาญ ความสามารถในการงานที่ปฏิบัติ โดยพิจารณาจากประสิทธิภาพ ประสิทธิผลจากการปฏิบัติงาน สามารถแก้ไขปรับปรุงงานให้บรรลุผลสำเร็จได้เป็นอย่างดี และการพัฒนาปรับปรุงงานที่ปฏิบัติให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น	๓๐	
๒. คุณภาพของงาน พิจารณาจากความสามารถในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย โดยคำนึงถึงความสำเร็จในเวลาที่กำหนด ความถูกต้องแม่นยำ ความครบถ้วนสมบูรณ์ และความเป็นระเบียบเรียบร้อยของงาน	๒๕	
๓. ความรับผิดชอบ พิจารณาจากความตั้งใจ ความเต็มใจและความมุ่งมั่นที่จะทำงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จและเป็นผลดีแก่ทางราชการ มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ตลอดทั้งไม่ละเลยต่องานและพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลของงานที่เกิดขึ้น	๒๕	
๔. ความประพฤติและความสามารถในการปฏิบัติงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานอย่างมีประสิทธิภาพ พิจารณาจากความเอาใจใส่ในหน้าที่ กระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน อุทิศเวลาให้กับทางราชการ มีความขยันหมั่นเพียรตลอดจนความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น และยอมรับในความสามารถของผู้ร่วมงานทุกระดับ	๒๐	
รวมคะแนน	๑๐๐	
หมายเหตุ ผู้ที่ผ่านการประเมินจะต้องได้รับการพิจารณาให้ “ผ่าน” จากผู้บังคับบัญชามีหน้าที่ประเมินศักยภาพ โดยจะต้องได้รับคะแนนในแต่ละองค์ประกอบไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ และได้คะแนนรวมทุกองค์ประกอบไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ (ลงชื่อ).....(ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล) (.....) ตำแหน่ง (หัวหน้ากลุ่มงาน.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....		

ข. การประเมินของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

() เห็นด้วย

() ไม่เห็นด้วย

เนื่องจาก.....
.....
.....

(ลงชื่อ)ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล...

วันที่เดือนพ.ศ.....

*ให้ลงวันที่ให้เรียบร้อยเพราะจะได้รับการแต่งตั้ง ณ วันที่ ผู้บังคับบัญชาคนที่สองลงนาม

หมายเหตุ กรณีข้าราชการที่มาปฏิบัติราชการ ให้ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลผู้ที่มาปฏิบัติราชการและผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ดำเนินการประเมินศักยภาพของข้าราชการผู้นั้น และส่งผลการประเมินให้ส่วนราชการต้นสังกัดดำเนินการจัดทำคำสั่งให้ข้าราชการพลเรือนสามัญได้รับเงินประจำตำแหน่งต่อไป