

**แบบประเมินบุคคล**

**ของ**

**นางสาวก้าวหน้า สดใส**

**ตำแหน่ง เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติงาน ตำแหน่งเลขที่ 123456**

**กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาล……………… สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด…………………….. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข**

***(ระบุส่วนราชการตามตำแหน่ง จ.18)***

**(ปฏิบัติราชการที่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาล……………………………**

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด………………………………… สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

**กระทรวงสาธารณสุข)**

***(กรณีปฏิบัติราชการไม่ตรงตำแหน่ง จ.18)***

**ขอประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง**

**ตำแหน่ง เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติงาน ตำแหน่งเลขที่ 123456**

**กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาล…………………….. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด……………………. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข**

***(ระบุส่วนราชการตามตำแหน่ง จ.18)***

**(ปฏิบัติราชการที่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาล…………………………..**

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด…………………………….. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

**กระทรวงสาธารณสุข)**

***(กรณีปฏิบัติราชการไม่ตรงตำแหน่ง จ.18)***

****

**แบบประเมินบุคคล**

**กรณีการเลื่อนไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ระดับชำนาญงาน / ระดับอาวุโส**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ส่วนที่ ๑ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับการประเมิน** | | |
| ๑. ชื่อ-นามสกุล นางสาวก้าวหน้า สดใส  ๒. ตำแหน่ง(ปัจจุบัน) เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติงาน ตำแหน่งเลขที่ 123456  กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาล..................... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด........................  สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข *(ระบุส่วนราชการตามตำแหน่ง จ.18)*  (ปฏิบัติราชการที่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาล..................................  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด............................. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข)  *(กรณีปฏิบัติราชการไม่ตรงตำแหน่ง จ.18)*  ดำรงตำแหน่งปัจจุบันเมื่อ 28 มีนาคม พ.ศ. 2557 อัตราเงินเดือนปัจจุบัน 15,000 บาท  ๓. ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญงาน  ตำแหน่งเลขที่ 123456  กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาล.................. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.................................  สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข *(ระบุชื่อตำแหน่งในสายงานปัจจุบันตามบัญชีถือจ่าย จ.18)*  (ปฏิบัติราชการที่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาล...............................  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด....................... สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข)  *(กรณีปฏิบัติราชการไม่ตรงตำแหน่ง จ.18)*  ๔. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้ง 8 ปี 4 เดือน *(ให้เริ่มนับตั้งแต่วันรับราชการจนถึงเดือนที่จะส่งคำขอประเมิน)*  ลูกจ้างชั่วคราว ตำแหน่งเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตั้งแต่ 15 ตุลาคม 2554 ถึง 30 กันยายน 2556  พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ตำแหน่งเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2556 ถึง 30 กันยายน  2557 *(กรุณาระบุกรณีได้รับการจ้างเป็น พรก/พกส/ลจช ก่อนบรรจุ)*  ๕. ประวัติส่วนตัว (จาก ก.พ. ๗)  เกิดวันที่ 22 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2530  อายุราชการ 8 ปี 4 เดือน  6. ประวัติการศึกษา *(ให้ระบุวุฒิทุกวุฒิที่ได้รับตั้งแต่แรกบรรจุ)*   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **คุณวุฒิและวิชาเอก** | **ปีที่สำเร็จการศึกษา** | **สถาบัน** | | ประกาศนียบัตรเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ การแพทย์ | 2553 | มหาลัยมหิดล |   7. ประวัติการรับราชการ *(ให้ระบุตั้งแต่การจ้างงานประเภท พนักงานราชการ/ลูกจ้างชั่วคราว/พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และข้าราชการ ตามแต่กรณี โดยให้แสดงเฉพาะกรณีที่เลื่อนระดับที่สูงขึ้น/การเปลี่ยนแปลงในสายงาน และส่วนราชการ พร้อมแนบสำเนา ก.พ.7)*   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **วัน เดือน ปี** | **ตำแหน่ง** | **อัตราเงินเดือน** | **สังกัด** | | 15 ต.ค. 2554 | เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ลูกจ้างชั่วคราว) | 9,000 | กลุ่มงาน... *(ระบุส่วนราชการตามตำแหน่ง จ.18 อิงตาม กพ.7)* (ปฏิบัติราชการที่... *(กรณีปฏิบัติราชการไม่ตรง ตำแหน่ง จ.18)* | | 1 ต.ค. 2556 | เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ (พนักงานกระทรวงสาธารณสุข) | 9,500 | กลุ่มงาน... *(ระบุส่วนราชการตามตำแหน่ง จ.18 อิงตาม กพ.7)* (ปฏิบัติราชการที่... *(กรณีปฏิบัติราชการไม่ตรง ตำแหน่ง จ.18)* | | 1 เม.ย. 2557 | เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ | 9,800 | กลุ่มงาน... *(ระบุส่วนราชการตามตำแหน่ง จ.18 อิงตาม กพ.7)* (ปฏิบัติราชการที่... *(กรณีปฏิบัติราชการไม่ตรง ตำแหน่ง จ.18)* |   ๘. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งที่ดำรงอยู่ หรือที่ได้รับมอบหมาย ณ ปัจจุบัน  1. นิเทศงานแก่เจ้าหน้าที่ใหม่ ในหน่วยงาน นักเรียนและผู้มาศึกษาดูงานในกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์โรงพยาบาล.............................. (ปี 2560 - ปัจจุบัน)  2. เป็นผู้ร่วมนำเสนอและรับผิดชอบการประชุมวิชาการ ที่โรงพยาบาล....................... ในรูปแบบ Case conference (ปี 2560 - ปัจจุบัน)  3. เป็นคณะกรรมการทีม ENV ของโรงพยาบาล................................ (ปี 2557 - ปัจจุบัน)  4 เป็นคณะกรรมการทีม IMC ของโรงพยาบาล........................ ( ปี 2567 - ปัจจุบัน)  5. ปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย  (ปี 2557 - ปัจจุบัน) | | |
| **ส่วนที่ ๑ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับการประเมิน (ต่อ)** | | | |
| 9. ผลการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่ง (ย้อนหลัง 2 ปีงบประมาณ)   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ลำดับที่ | ลักษณะงาน  ด้านบริการ/ปฏิบัติการ | หน่วยนับ | จำนวน  ผู้ร่วมดำเนินการ | ปีงบประมาณ 2564 | | ปีงบประมาณ 2565 | | | กลุ่มงาน | เฉพาะตัว | กลุ่มงาน | เฉพาะตัว | |  |  |  |  |  |  |  |  |   10. ผลสัมฤทธิ์ของงาน *(ให้ระบุผลงานเด่นที่รับผิดชอบโดยย่อ จำนวน 1 เรื่อง จำนวน 5 – 15 หน้า)*  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  11. กรณีผลงานที่ทำร่วมกันหลายคน ให้ระบุสัดส่วนผลงานเป็นร้อยละ โดยมีคำรับรองจากผู้มีส่วนร่วม ดำเนินการ เรื่อง “การศึกษาวิธีการทำงานในโรงพยาบาล”   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | ลำดับที่ | ชื่อ-สกุล | ตำแหน่ง | สัดส่วนร้อยละ | ลายเซ็น | | 1 | นางสาวก้าวหน้า สดใส | เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ | 90 | 1.png | | 2 | นางสาวสไบ ใส่ใจ | พยาบาลวิชาชีพ | 10 | 1.png |   ขอรับรองว่าข้อรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ  1.png  (ลงชื่อ) .............................................................ผู้ขอรับการประเมิน  (นางสาวก้าวหน้า สดใส)  ตำแหน่ง เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติงาน  วันที่ 22 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 *(ระบุวันที่ให้ชัดเจน)*  12. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา  ขอรับรองว่าข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของ นางสาวก้าวหน้า สดใส  เป็นความจริงทุกประการ  1.png1.png  (ลงชื่อ) ...................................................  ( นายภวัต จิตดี )  ตำแหน่ง..................... *(ผอ.รพช. หรือ สสอ.)*  วันที่ 25 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 *(ระบุวันที่ให้ชัดเจน)*  (ลงชื่อ) ...................................................  ( นางสดใส ใจดี )  ตำแหน่ง...............*(หัวหน้ากลุ่มงาน หรือ ผอ.รพ.สต.)*  วันที่ 25 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 *(ระบุวันที่ให้ชัดเจน)* | | | |
| **ส่วนที่ 2 การประเมินคุณลักษณะเฉพาะบุคคล (สำหรับผู้บังคับบัญชา) คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน** | | | |
| ก. การประเมินของผู้บังคับบัญชาระดับหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน หรือเทียบเท่า | | | |
| รายการประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้รับ | |
| **๑. ความประพฤติ**  พิจารณาคุณสมบัติอุปนิสัย และความประพฤติส่วนตัว  ตลอดจนการปฏิบัติตามนโยบาย ระเบียบแบบแผนและ  ข้อบังคับของส่วนราชการนั้น ๆ จรรยาบรรณและการรักษา  วินัยข้าราชการโดยพิจารณาจากประวัติส่วนตัว ประวัติการ  ทำงานและพฤติกรรมที่ปรากฏทางอื่น | 25 |  | |
| **2. ความรับผิดชอบต่อหน้าที่**  พิจารณาความตั้งใจในการทำงาน ความมุ่งมั่นที่จะทำงานที่  ได้รับมอบหมายให้สำเร็จเป็นผลดี การไม่ละเลยต่องานรวมถึง  ความเต็มใจและความกล้าที่จะรับผิดต่อผลเสียที่อาจเกิดขึ้น  ไม่ปัดความรับผิดต่อผลเสียหายที่อาจเกิดขึ้น ไม่ปัดความ  รับผิดชอบง่ายและความจริงใจที่จะปรับปรุงตัวเองให้ดีขึ้น | 25 |  | |
| **3. ความอุตสาหะ**  พิจารณาความมีมานะ อดทน เอาใจใส่ในหน้าที่การงาน ความ  กระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน โดยอุทิศเวลาให้กับทางราชการ  ไม่เฉื่อยชา และ มีความขยันหมั่นเพียร | 25 |  | |
| **4. ความสามารถในการปฏิบัติงานร่วมกับเพื่อนร่วมงาน**  **อย่างมีประสิทธิภาพ**  พิจารณาความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น ยอมรับฟัง  ความคิดเห็นของผู้อื่น และ ยอมรับในความสามารถของ  ผู้ร่วมงานทุกระดับ | 25 |  | |
| **รวมคะแนน** | **100** |  | |
| 1.png  (ลงชื่อ) ................................................... ผู้ประเมิน  ( นางสดใส ใจดี )  ตำแหน่ง...............*(หัวหน้ากลุ่มงาน หรือ ผอ.รพ.สต.)*  วันที่ 25 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 *(ระบุวันที่ให้ชัดเจน)* | | | |
| ข. การประเมินของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ | | | |
| ความเห็นผู้บังคับบัญชา………………………………………………………………………………………………….……………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  1.png  (ลงชื่อ) .................................................ผู้ประเมิน  ( นายภวัต จิตดี )  ตำแหน่ง..................... *(ผอ.รพช. หรือ สสอ.)*  วันที่ 25 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 *(ระบุวันที่ให้ชัดเจน)* | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

|  |
| --- |
| **ส่วนที่ 3 การตรวจสอบคุณสมบัติผู้ขอรับการประเมิน (สำหรับหน่วยงานการเจ้าหน้าที่)** |
| 1. คุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง   1.1 คุณวุฒิการศึกษา ( ) ปวช. ( ) ปวท. ( ) ปวส. ( ) อนุปริญญา  ( ) ตรง  ( ) ไม่ตรง  1.2 ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้ง ( ) ครบ  ( ) ไม่ครบ แต่จะครบกำหนดในวันที่.............  2. ประวัติทางวินัย  ( ) ไม่เคยถูกลงโทษทางวินัยและไม่อยู่ในระหว่างถูกสอบสวนหรือถูกลงโทษทางวินัย  ( ) เคยถูกลงโทษทางวินัย .........................................เมื่อ .........................................  ( ) อยู่ระหว่างถูกสอบสวนทางวินัย กรณี......................................................................................  ( ) อยู่ระหว่างถูกลงโทษทางวินัย กรณี.........................................................................................  ลงชื่อ.....................................................  (....................................................)  ตำแหน่ง.................................................(ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่)  วันที่...........เดือน.........................พ.ศ................ |

**หมายเหตุ ส่งแบบประเมินจำนวน 3 ชุด และกรุณาแนบเอกสารเพิ่มเติมทุกชุด**

- กพ. 7

- สำเนาวุฒิการศึกษา

- หนังสือรับรองการเป็นพนักงานราชการ/พนักงานกระทรวงสาธารณสุข/ลูกจ้างชั่วคราว (ถ้ามี)