



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

เลขที่รับ.....๑๓๙๕๖

วันที่.....๑.ก.ย. ๒๕๖๙

เวลา.....๑๗:๔๒ น.

ที่ อด ๐๐๓๓.๑/ ๕๓๕

โรงพยาบาลอุดรธานี

๓๓ ถนนพะเนินนิยม อด ๔๑๐๐๐

๑ กันยายน ๒๕๖๙

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

เลขที่รับ.....๓๐๖๙

วันที่.....๒.ก.ย. ๒๕๖๙

เวลา.....๐๙:๔๔ น.

เรื่อง รับสมัครข้าราชการเพื่อรับย้ายข้าราชการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง

ด้วย โรงพยาบาลอุดรธานี มีความประสงค์จะรับสมัครข้าราชการเพื่อรับย้ายให้ดำรงตำแหน่ง
นิติกร ประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๖๕๑๓๘ สังกัดกลุ่มงานบริหารทั่วไป
โรงพยาบาลอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำนวน ๑ อัตรา โดยกำหนดรับสมัครตั้งแต่วันที่
ถึงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๙ ในวันและเวลาราชการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอได้แจ้งข้าราชการในสังกัดทราบ หากข้าราชการท่านใด
สนใจเข้ารับการคัดเลือกฯ ให้ยื่นใบสมัครผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น และส่งถึงกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
ชั้น ๕ อาคารอำนวยการและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี ภายในวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๙ ในวันและเวลา
ราชการ โดยจะถือวันประทับรับหนังสือเป็นสำคัญ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

เรียน นพ.สสจ.ชลบุรี

- เพื่อโปรดทราบ
 - เห็นควรดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในสังกัดทราบ
- ทางเว็บไซต์ สสจ.ชลบุรี ต่อไป

๕

๕

๕

(นางศรีสุตา ทรงธรรมวัฒน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี

ทราบ/ดำเนินการ

๕

(นายกิตติ บุญรัตนเนตร)

สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๔๒๒๔ - ๓๓๖๓ ต่อ ๓๕๐๑ - ๓๕๐๒

โทรสาร. ๐ ๔๒๓๔ - ๘๘๘๑

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ personal41000@gmail.com

ประกาศรับสมัคร



แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

ของ

.....(ชื่อ-สกุล).....

ตำแหน่ง..... (ด้าน.....(ถ้ามี))

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

ขอประเมินบุคคลเพื่อย้าย/โอน ไปแต่งตั้งให้ดำรง

ตำแหน่ง..... (ด้าน.....(ถ้ามี))

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

๑. แบบแสดงข้อมูลส่วนบุคคล

๑. ชื่อผู้ขอประเมิน
๒. ตำแหน่งปัจจุบันระดับ.....(ด้าน(ถ้ามี))
ตำแหน่งเลขที่สังกัด ฝ่าย/กลุ่ม/ส่วน
กอง/สำนัก/สถาบัน/ศูนย์ กรม
๓. ตำแหน่งที่ขอประเมินระดับ.....(ด้าน.....(ถ้ามี))
ตำแหน่งเลขที่สังกัด ฝ่าย/กลุ่ม/ส่วน
กอง/สำนัก/สถาบัน/ศูนย์ กรม
๔. ประวัติส่วนตัว (จาก ก.พ. ๗)
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ
อายุราชการปี เดือน ปีเกษียณ
๕. ประวัติการศึกษา
คุณวุฒิและวิชาเอกปีที่สำเร็จการศึกษาสถาบัน
(ชื่อปริญญา)
.....
.....
๖. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) (ชื่อใบอนุญาตและเลขที่ใบอนุญาต)
วันออกใบอนุญาตวันหมดอายุ
๗. ประวัติการรับราชการ (จากเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน แสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ในระดับสูงขึ้นแต่ละระดับ และการเปลี่ยนแปลงในการดำรงตำแหน่งในสายงานต่าง ๆ)
วัน เดือน ปีตำแหน่งสังกัด
.....
.....
๘. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน
ปีระยะเวลาหลักสูตรสถาบัน
.....
.....
๙. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (เคยปฏิบัติงานเกี่ยวกับอะไรบ้างที่นอกเหนือจากข้อ ๗ เช่น
เป็นหัวหน้าโครงการ หัวหน้างาน กรรมการ อนุกรรมการ วิทยากร อาจารย์พิเศษ เป็นต้น)
.....
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) (ผู้ขอประเมิน)
(.....)
(วันที่)/...../.....

หมายเหตุ ข้อ ๑ - ๙ ให้ผู้ขอประเมินเป็นผู้กรอกข้อมูล พร้อมทั้งแนบสำเนาเอกสารที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงานการเจ้าหน้าที่เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง



ประกาศโรงพยาบาลอุดรธานี
เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการ เพื่อรับย้าย ให้ดำรงตำแหน่งนิติกร
ประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ
โรงพยาบาลอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ด้วยโรงพยาบาลอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี มีความประสงค์รับสมัครคัดเลือกข้าราชการ เพื่อรับย้าย ให้ดำรงตำแหน่งนิติกร ประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ จำนวน ๑ อัตรา ตำแหน่งเลขที่ ๖๕๑๓๘ สังกัดกลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ จึงประกาศรับสมัครคัดเลือก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. ตำแหน่งที่รับย้าย จำนวน ๑ อัตรา ดังนี้

ตำแหน่งนิติกร ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๖๕๑๓๘ สังกัดกลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำนวน ๑ อัตรา

๒. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการคัดเลือก

๑. มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง
๒. ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ

๓. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร

ให้ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกยื่นใบสมัครและเอกสารต่าง ๆ ตามที่คณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ กำหนด ได้ที่กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๙ ในวันและเวลาราชการ

๔. เอกสารที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร

๑. ใบสมัครเข้ารับการคัดเลือก ตามแบบที่แนบท้าย
๒. แบบประเมินบุคคล (กรณีการย้าย)
๓. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) เช่น สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาวุฒิการศึกษา สำเนาทะเบียนประวัติ (ก.พ. ๗) ฯลฯ

๕. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก

๕.๑ ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนที่จะแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งนับถึงวันที่ปิดรับสมัคร

๕.๒ การพิจารณาคัดเลือกบุคคลจะพิจารณาจากองค์ประกอบและกำหนดคะแนนในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

๕.๒.๑ ข้อมูลบุคคล ได้แก่ ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติทางวินัย และผลการปฏิบัติราชการ (๒๐ คะแนน)

/๕.๒.๒ ความรู้...

๕.๒.๒ ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้อง
เหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง (๓๐ คะแนน)

๕.๒.๓ ผลสัมฤทธิ์ของงาน (ผลสำเร็จของงานที่ผ่านมา) (๔๐ คะแนน)

๕.๒.๔ อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร (๑๐ คะแนน)

- การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ เสียสละ

๕.๓ วิธีการคัดเลือก จะพิจารณาจากใบสมัคร ผลงาน ประวัติการรับราชการ อาจใช้วิธี
สัมภาษณ์ สอบข้อเขียน หรือใช้วิธีการอื่นใดเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะแสดงออกถึงความรู้ ความสามารถ
และความเหมาะสมของผู้สมัครตามที่ได้ประกาศไว้ในประกาศรับสมัครก็ได้ ทั้งนี้ ผู้ได้รับการคัดเลือกจะต้อง
ได้รับคะแนนรวมเฉลี่ยสูงสุด โดยได้คะแนนรวมเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

ประกาศ ณ วันที่ ๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔



(นางศรีสุตา ทรงธรรมวัฒน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี

แบบใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกข้าราชการเพื่อรับย้าย
ให้ดำรงตำแหน่งนิติกร ประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ
สังกัดกลุ่มงานบริหารทั่วไป
โรงพยาบาลอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

รูปถ่าย
๑/๑.๕ นิ้ว

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ - นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....
วัน / เดือน / ปีเกิดอายุ.....ปี.....เดือน (นับถึงวันปีได้รับสมัคร)
สัญชาติ.....เกิดที่.....จังหวัด.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
วันหมดอายุ.....สถานที่ออกบัตร.....

๒. สถานที่ติดต่อได้สะดวกรวดเร็ว

บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....
เลขที่ห้อง.....ชั้น.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....
E-mail.....

๓. สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ อื่นๆ.....

๔. ชื่อ - นามสกุลบิดา.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

ชื่อ - นามสกุลมารดา.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

๕. อาชีพปัจจุบัน.....ตำแหน่ง.....

อายุการทำงาน.....ปี สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๖. ประวัติการศึกษา/ฝึกอาชีพ

คุณวุฒิที่ได้รับ	สาขาวิชา /วิชาเอก	คะแนน เฉลี่ยตลอด หลักสูตร	ชื่อสถานศึกษา	ปี พ.ศ.ที่ สำเร็จ การศึกษา
มัธยมศึกษาตอนต้น				
มัธยมศึกษาตอนปลาย				
ปวช.				
ปวส.				
ปริญญาตรี				
ปริญญาโท				
กำลังศึกษาต่อ/อื่นๆ				

๗. ประวัติการทำงาน

ชื่อสถานที่ทำงาน	ประเภทตำแหน่ง/ ลักษณะงานที่รับผิดชอบ	ระยะเวลา (เดือน/ปี)	สาเหตุที่ลาออก

๘. ประวัติการฝึกอบรม/หลักสูตรที่อบรมต่างๆ ที่สำคัญ

หลักสูตร	หน่วยงานที่ฝึกอบรม	ปี พ.ศ. ที่ ฝึกอบรม

๙. ความรู้ความสามารถพิเศษ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่แจ้งไว้ในใบสมัครนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัครเข้ารับการประเมิน
(.....)
วันที่..... เดือน.....พ.ศ.....

ความคิดเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน

.....

.....

ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

.....

.....

(ลงชื่อ).....
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้บังคับบัญชา
(.....)

แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

ของ

.....(ชื่อ-สกุล).....

ตำแหน่ง..... (ด้าน.....(ถ้ามี))

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

ขอประเมินบุคคลเพื่อย้าย/โอน ไปแต่งตั้งให้ดำรง

ตำแหน่ง..... (ด้าน.....(ถ้ามี))

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

๑. แบบแสดงข้อมูลส่วนบุคคล

๑. ชื่อผู้ขอประเมิน
๒. ตำแหน่งปัจจุบันระดับ.....(ด้าน(ถ้ามี))
ตำแหน่งเลขที่สังกัด ฝ่าย/กลุ่ม/ส่วน
กอง/สำนัก/สถาบัน/ศูนย์ กรม
๓. ตำแหน่งที่ขอประเมินระดับ.....(ด้าน.....(ถ้ามี))
ตำแหน่งเลขที่สังกัด ฝ่าย/กลุ่ม/ส่วน
กอง/สำนัก/สถาบัน/ศูนย์ กรม
๔. ประวัติส่วนตัว (จาก ก.พ. ๗)
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ
อายุราชการปี เดือน ปีเกษียณ
๕. ประวัติการศึกษา
- | คุณวุฒิและวิชาเอก
(ชื่อปริญญา) | ปีที่สำเร็จการศึกษา | สถาบัน |
|-----------------------------------|---------------------|--------|
| | | |
| | | |
๖. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) (ชื่อใบอนุญาตและเลขที่ใบอนุญาต)
วันออกใบอนุญาตวันหมดอายุ
๗. ประวัติการรับราชการ (จากเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน แสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ในระดับสูงขึ้นแต่ละระดับ และการเปลี่ยนแปลงในการดำรงตำแหน่งในสายงานต่าง ๆ)
วัน เดือน ปี ตำแหน่ง สังกัด
.....
.....
๘. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน
- | ปี | ระยะเวลา | หลักสูตร | สถาบัน |
|-------|----------|----------|--------|
| | | | |
| | | | |
๙. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (เคยปฏิบัติงานเกี่ยวกับอะไรบ้างที่นอกเหนือจากข้อ ๗ เช่น
เป็นหัวหน้าโครงการ หัวหน้างาน กรรมการ อนุกรรมการ วิทยากร อาจารย์พิเศษ เป็นต้น)
.....
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) (ผู้ขอประเมิน)
(.....)
(วันที่)/...../.....

หมายเหตุ ข้อ ๑ - ๙ ให้ผู้ขอประเมินเป็นผู้กรอกข้อมูล พร้อมทั้งแนบสำเนาเอกสารที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงานการเจ้าหน้าที่เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง

แบบใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกข้าราชการเพื่อรับย้าย
ให้ดำรงตำแหน่งนิติกร ประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ
สังกัดกลุ่มงานบริหารทั่วไป
โรงพยาบาลอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

รูปถ่าย
๑/๑.๕ นิ้ว

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ - นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....
วัน / เดือน / ปีเกิดอายุ.....ปี.....เดือน (นับถึงวันปีได้รับสมัคร)
สัญชาติ.....เกิดที่.....จังหวัด.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
วันหมดอายุ.....สถานที่ออกบัตร.....

๒. สถานที่ติดต่อได้สะดวกรวดเร็ว

บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....
เลขที่ห้อง.....ชั้น.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....
E-mail.....

๓. สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ อื่นๆ.....

๔. ชื่อ - นามสกุลบิดา.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

ชื่อ - นามสกุลมารดา.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

๕. อาชีพปัจจุบัน.....ตำแหน่ง.....

อายุการทำงาน.....ปี สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๖. ประวัติการศึกษา/ฝึกอาชีพ

คุณวุฒิที่ได้รับ	สาขาวิชา /วิชาเอก	คะแนน เฉลี่ยตลอด หลักสูตร	ชื่อสถานศึกษา	ปี พ.ศ.ที่ สำเร็จ การศึกษา
มัธยมศึกษาตอนต้น				
มัธยมศึกษาตอนปลาย				
ปวช.				
ปวส.				
ปริญญาตรี				
ปริญญาโท				
กำลังศึกษาต่อ/อื่นๆ				

๗. ประวัติการทำงาน

ชื่อสถานที่ทำงาน	ประเภทตำแหน่ง/ ลักษณะงานที่รับผิดชอบ	ระยะเวลา (เดือน/ปี)	สาเหตุที่ลาออก

๘. ประวัติการฝึกอบรม/หลักสูตรที่อบรมต่างๆ ที่สำคัญ

หลักสูตร	หน่วยงานที่ฝึกอบรม	ปี พ.ศ. ที่ ฝึกอบรม

๙. ความรู้ความสามารถพิเศษ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่แจ้งไว้ในใบสมัครนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัครเข้ารับการประเมิน
(.....)
วันที่..... เดือน.....พ.ศ.....

ความคิดเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน

.....

.....

ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

.....

.....

(ลงชื่อ).....
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้บังคับบัญชา
(.....)