ที่ สธ ๐๔๒๖.๑(๓)/ว ๓๐๐

ถึง กอง/สถาบัน/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค/สำนักและหน่วยงานระดับกองในสังกัดกรมควบคุมโรค/
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตรับผิดชอบ

ด้วย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีความประสงค์จะรับสมัครข้าราชการเข้ารับการประเมินบุคคลเพื่อรับย้ายหรือรับโอน ให้มาดำรงตำแหน่งที่ว่าง จำนวน ๓ ตำแหน่ง ทั้งนี้ การยื่นใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน สามารถยื่นด้วยตนเองหรือยื่นทางไปรษณีย์ได้ ตั้งแต่ บัดนี้ ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ รายละเอียดตามประกาศที่แนบท้ายหนังสือนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณ

กลุ่มบริหารทั่วไป (งานการเจ้าหน้าที่)
โทร. ๐ ๔๔๒๑ ๒๙๐๐ ต่อ ๒๑๔,๒๑๗,๒๒๐
โทรสาร ๐ ๔๔๒๑ ๘๐๑๘
http://odpc9.ddc.moph.go.th

ประกาศสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา
เรื่อง รับสมัครข้าราชการเข้ารับการประเมินบุคคลเพื่อรับย้ายหรือรับโอน ให้มาดำรงตำแหน่งที่ว่าง

ด้วย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีความประสงค์จะรับสมัครข้าราชการเข้ารับการประเมินบุคคลเพื่อรับย้ายหรือรับโอน ให้มาดำรงตำแหน่งที่ว่าง จำนวน ๒ ตำแหน่ง จึงประกาศรับสมัครข้าราชการเข้ารับการประเมินบุคคลเพื่อรับย้าย/รับโอน ให้มาดำรงตำแหน่งที่ว่าง ดังนี้

๑. <u>ตำแหน่งที่จะรับย้ายหรือรับโอน</u> จำนวน ๓ ตำแหน่ง ได้แก่

๑.๑ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ หรือชำนาญการ
ตำแหน่งเลขที่ ๑๕๒๘ สังกัดกลุ่มพัฒนาองค์กร
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา

๑.๒ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ หรือชำนาญการ
ตำแหน่งเลขที่ ๓๗๔๐ สังกัดกลุ่มโรคติดต่อ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา

๑.๓ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ หรือชำนาญการ
ตำแหน่งเลขที่ ๔๓๒๔ สังกัดด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศช่องจอม
อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา

๒. <u>การรับย้ายข้าราชการในสังกัดกรมควบคุมโรค</u>

ให้ผู้ขอย้ายยื่นใบสมัครขอย้ายหรือขอโอนและหนังสือขอย้ายหรือขอโอน (สำหรับผู้ขอย้ายหรือขอโอนทุกประเภท และระดับตำแหน่ง) พร้อมทั้งแนบเอกสารดังนี้

๒.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๒.๒ สำเนา ก.พ. ๗ จำนวน ๑ ชุด

๒.๓ สำเนาหลักฐานการศึกษาซึ่งตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งที่ขอย้ายหรือขอโอน จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๔ หนังสือยินยอมจากหน่วยงานระดับกองต้นสังกัด และให้หน่วยงานระดับกองต้นสังกัดส่งเรื่องให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา พิจารณา

๒.๕ สำเนาหลักฐานอื่นๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อตัว หรือชื่อสกุล (ถ้ามี) จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๓. <u>การรับโอนข้าราชการ</u>

ให้ผู้ขอโอนยื่นใบสมัครขอย้ายหรือขอโอนและหนังสือขอย้ายหรือขอโอน (สำหรับผู้ขอย้ายหรือขอโอนทุกประเภท และระดับตำแหน่ง) พร้อมทั้งแนบเอกสารดังนี้

๓.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๓.๒ สำเนา ก.พ. ๗ จำนวน ๑ ชุด

๓.๓ สำเนาหลักฐานการศึกษาซึ่งตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งที่ขอย้ายหรือขอโอน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๔ หนังสือ...

๓.๔ หนังสือยินยอมจากหน่วยงานระดับกองต้นสังกัดเดิมรับรองและยินดีให้ข้าราชการรายดังกล่าวโอนได้ตั้งแต่เมื่อใด และให้หน่วยงานระดับกองต้นสังกัดเดิมส่งเรื่องให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา พิจารณา

๓.๕ สำเนาหลักฐานอื่นๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อตัว หรือชื่อสกุล (ถ้ามี) จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๔. <u>การยื่นใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน</u> ยื่นได้ตั้งแต่ บัดนี้ ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ โดยสามารถยื่นด้วยตนเองหรือยื่นทางไปรษณีย์ ดังนี้

๔.๑ ยื่นใบสมัครขอย้ายหรือขอโอนและหนังสือขอย้ายหรือขอโอน (สำหรับผู้ขอย้ายหรือขอโอนทุกประเภท และระดับตำแหน่ง) ด้วยตนเอง ได้ที่งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มบริหารทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา อาคารอำนวยการและศูนย์ฝึกอบรมนักระบาดวิทยาภาคสนาม ชั้น ๒ ในวันและเวลาราชการ โทร. ๐ ๔๔๒๑ ๒๙๐๐ ต่อ ๒๑๔,๒๑๗,๒๒๐

๔.๒ ยื่นใบสมัครขอย้ายหรือขอโอนและหนังสือขอย้ายหรือขอโอน (สำหรับผู้ขอย้ายหรือขอโอนทุกประเภท และระดับตำแหน่ง) ทางไปรษณีย์ โดยจ่าหน้าซองถึง งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มบริหารทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา อาคารอำนวยการและศูนย์ฝึกอบรมนักระบาดวิทยาภาคสนาม ชั้น ๒ เลขที่ ๕๒๙ หมู่ ๙ ถนนราชสีมา – โชคชัย ตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๐๐๐ โดยวงเล็บมุมซองว่า “ใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน” ทั้งนี้ ให้ถือวันที่ซึ่งที่ทำการไปรษณีย์ต้นทางประทับตรารับเป็นสำคัญ

ใบสมัครและเอกสารการสมัครที่ยื่นหลังวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ จะไม่ได้รับการพิจารณา

๕. <u>แบบใบสมัครขอย้ายหรือขอโอนและหนังสือขอย้ายหรือขอโอน (สำหรับผู้ขอย้ายหรือขอโอนทุกประเภท และระดับตำแหน่ง)</u> สามารถดาวน์โหลด QR code แนบท้ายหนังสือฉบับนี้

ทั้งนี้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา มีกำหนดจะดำเนินการประเมินบุคคลเพื่อรับย้าย/รับโอน โดยวิธีสอบสัมภาษณ์ ภายในเดือน ตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๕

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(นายสุเมธ องค์วรรณดี)
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙
จังหวัดนครราชสีมา

https://shorturl-ddc.moph.go.th/NJ๒llB

กลุ่มบริหารทั่วไป (งานการเจ้าหน้าที่)
โทร. ๐ ๔๔๒๑ ๒๙๐๐ ต่อ ๒๑๔,๒๑๗,๒๒๐
โทรสาร ๐ ๔๔๒๑ ๘๐๑๘
http://odpc9.ddc.moph.go.th

ใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อย้าย-โอนมาปฏิบัติงานที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา

๑. ข้าพเจ้า .....

๒. ปัจจุบันเป็นข้าราชการ ..... ตำแหน่ง .....
สำนัก ..... กอง .....
กรม ..... กระทรวง .....
เบอร์โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) .....

๓. ขอ ( ) ย้าย ( ) โอน มาดำรงตำแหน่ง .....ตำแหน่งเลขที่ .....
กลุ่มงาน.....สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดนครราชสีมา
เหตุผลในการขอย้าย/โอน .....
.....

๔. ประวัติส่วนตัว
เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... อายุ ..... ปี ..... เดือน
เกิดที่จังหวัด ..... สถานที่อยู่อาศัยเป็นการถาวรและมีความคุ้นเคยมากที่สุดคือจังหวัด .....
สถานภาพส่วนตัว ( ) สมรส ( ) โสด ( ) หย่า ( ) หม้าย
ในกรณีสมรส คู่สมรสชื่อ ..... อาชีพ ..... มีบุตร ..... คน

๕. สถานที่ติดต่อได้สะดวกรวดเร็ว
บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย .....
ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... | | | | | |
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์
เบอร์โทรศัพท์ (มือถือ) ..... E-mail .....

๖. ประวัติการศึกษา (ให้กรอกทุกวุฒิที่ได้รับ)

วุฒิที่ได้รับ	สาขา/วิชาเอก	ชื่อสถานศึกษา	พ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา
ม.๖/ปวช.			
ปวท./ปวส.			
ปริญญาตรี			
ปริญญาโท			
กำลังศึกษาต่อ/อื่นๆ			

๗. ประวัติการทำงานที่ผ่านมา

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	เงินเดือน	สังกัด

๘. หน้าที่ความรับผิดชอบปัจจุบัน .....

.....

.....

๙. ความรู้ความสามารถพิเศษ .....

.....

.....

๑๐. หากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือกให้โอน-ย้ายมารับราชการตามข้อ ๓ ข้าพเจ้าขอให้สัญญาว่าข้าพเจ้าจะปฏิบัติงานในสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จ. นครราชสีมา เป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๒ ปี จึงจะขอโอน-ย้ายไป หน่วยงานอื่น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่แจ้งไว้ในใบสมัครนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือก

...../...../.....

หมายเหตุ โปรดแจ้งรายชื่อ/เบอร์โทรศัพท์บุคคลที่สามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมและรับรองประวัติการทำงานของผู้สมัคร เพื่อประกอบการพิจารณาขอย้ายหรือขอโอน ดังนี้

ชื่อ-นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

เกี่ยวข้องเป็น ☐ ผู้บังคับบัญชา ☐ อื่นๆ.....

หน่วยงาน.....เบอร์โทรศัพท์.....

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

หนังสือขอย้ายหรือขอโอน

(สำหรับผู้ขอย้ายหรือขอโอนทุกประเภทและระดับตำแหน่ง)

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง [ ] ขอย้าย [ ] ขอโอน มาดำรงตำแหน่งในระดับที่ไม่สูงกว่าเดิม

เรียน อธิบดีกรมควบคุมโรค

๑.ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ปัจจุบันเป็นข้าราชการ [ ] พลเรือนสามัญ [ ] ประเภทอื่น (ระบุ).....

ดำรงตำแหน่งประเภท [ ] วิชาการ [ ] ทั่วไป [ ] อื่น ๆ (ระบุ).....

ชื่อตำแหน่ง.....ระดับ.....

ส่วนราชการ.....

.....

๒. มีความประสงค์ขอ [ ] ย้าย [ ] โอน มาดำรงตำแหน่ง.....

ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....กลุ่ม.....

กอง.....กรมควบคุมโรค

เหตุผลในการขอย้าย/ขอโอน คือ .....

๓. ขณะนี้

[ ] อยู่ในระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ

[ ] อยู่ในระหว่างลาศึกษา/ฝึกอบรม/ดูงาน หลักสูตร.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

[ ] อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานชดใช้ทุนตามสัญญาลาศึกษาในหลักสูตร.....

.....ต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุน.....ปี ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

[ ] ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการแล้ว

[ ] อยู่ในระบบข้าราชการผู้มีผลสัมฤทธิ์สูง (HiPPs)

๔. ข้อมูลส่วนบุคคล

๔.๑ ประวัติส่วนตัว

เกิดวันที่ .....เดือน.....พ.ศ. .....อายุ.....ปี.....เดือน

เริ่มรับราชการเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุราชการ.....ปี.....เดือน

(นับถึงเดือน.....พ.ศ.....) ภูมิลำเนาเดิม.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์บ้าน/มือถือ.....

[ ] เป็นสมาชิก กบข. ประเภท [ ] สะสม [ ] ไม่สะสม

[ ] ไม่เป็นสมาชิก กบข.

๔.๒ ประวัติการศึกษา (วุฒิตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งและสูงกว่า)

ชื่อประกาศนียบัตร/ปริญญา และสาขา/วิชาเอก	ปีที่สำเร็จการศึกษา	สถาบัน

๔.๓ ใบอนุญาต...

๔.๓ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) (ชื่อใบอนุญาต).....
วันออกใบอนุญาต.....วันหมดอายุ.....

๔.๔ ประวัติการจ้างงานประเภทพนักงานราชการ ลูกจ้างหรือพนักงานกระทรวงสาธารณสุข (ถ้ามี)

วันที่เริ่มจ้าง	วันสิ้นสุดการจ้าง	ประเภทการจ้าง	ชื่อตำแหน่งที่จ้าง	หน่วยงานที่จ้าง

๔.๕ประวัติการดำรงตำแหน่งข้าราชการ

การแต่งตั้ง (บรรจุ/ย้าย/โอน/เลื่อน)	วัน/เดือน/ ปี พ.ศ.	ตำแหน่ง/ระดับ	หน่วยงานระดับกองและกรม

๔.๖ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน (ย้อนหลัง ๓ ปี)

ปี พ.ศ.	ระยะเวลา (ปี เดือน วัน)	หลักสูตร	สถาบัน

๕. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งปัจจุบัน (ข้อนี้สำหรับผู้ที่ขอย้าย/โอน มาดำรงตำแหน่งในสายงานที่ไม่จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกันกับตำแหน่งที่ตนเองดำรงอยู่เท่านั้น)

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

๖. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอน ความรู้ความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติงานที่เป็นผลงานเด่น จำนวน .....เรื่อง (๑-๓ เรื่อง) ดังรายละเอียดตามเอกสารแนบ (ข้อนี้สำหรับผู้ที่ขอย้าย/โอน มาดำรงตำแหน่งในสายงานที่ไม่จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกันกับตำแหน่งที่ตนเองดำรงอยู่เท่านั้น)

๖.๑ เรื่อง.....

๖.๒ เรื่อง.....

๖.๓ เรื่อง.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับการประเมิน

(.....)

วันที่.....

<u>คำรับรองของผู้บังคับบัญชา</u>

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ระดับ.....(ส่วนราชการ).....

เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า.....เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ มีความสนใจ และอุตสาหะในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี และไม่อยู่ระหว่างการดำเนินการทางวินัย

(ลงชื่อ)..... ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลการปฏิบัติงาน

(.....)

วันที่...../...../.....

<u>เห็นด้วยกับคำรับรองของผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลการปฏิบัติงาน</u>

(ลงชื่อ).....ผู้อำนวยการกองต้นสังกัด

(.....)

(ตำแหน่ง).....

วันที่...../...../.....

สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอน ความรู้ความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานเด่น **(จำนวน ๑-๓ เรื่อง)** สำหรับผู้ที่ขอย้าย/โอน มาดำรงตำแหน่งในสายงานที่ไม่จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกันกับตำแหน่งที่ตนเองดำรงอยู่เท่านั้น

ลำดับที่ ๑

๑. ชื่อผลงาน.....

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ.....

๓. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอน และความรู้ความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
(ขนาดตัวอักษร ๑๖ point ความยาวไม่เกิน ๑-๓ หน้ากระดาษ A4)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ผู้เสนอผลงาน

...../...../.....

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ผู้บังคับบัญชา

...../...../.....

ลำดับที่ ๒ (ถ้ามี แสดงรายละเอียดเช่นเดียวกับลำดับที่ ๑)

หมายเหตุ เป็นการสรุปสาระสำคัญ ขั้นตอน ความรู้ความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติงานของผลงานที่ผ่านมา ซึ่งเพียงพอที่จะแสดงให้เห็นว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ที่จะปฏิบัติในตำแหน่งที่จะย้ายหรือโอนได้ หรืออาจกำหนดให้ส่งรายละเอียดของผลงานดังกล่าวก็ได้

เลขที่..... (ส่วนราชการเจ้าของหนังสือ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วย (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง/ระดับ.....สังกัด.....

.....

มีความประสงค์ขอนับระยะเวลาการดำรงตำแหน่งเกื้อกูล เพื่อขอโอนไปรับราชการในตำแหน่ง .....ระดับ.....ส่วนราชการ.....กรมควบคุมโรค

.....(ชื่อส่วนราชการที่ออกหนังสือรับรอง).....ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว).....ได้ปฏิบัติงานที่ส่วนราชการแห่งนี้ โดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติในแต่ละช่วงเวลา ดังต่อไปนี้

๑. ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....

ดำรงตำแหน่ง/ระดับ.....

และปฏิบัติงานโดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติ ดังนี้ .....

.....

.....

.....

๒. ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....

ดำรงตำแหน่ง/ระดับ.....

และปฏิบัติงานโดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติ ดังนี้ .....

.....

.....

.....

.....

ให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ)

(พิมพ์ชื่อเต็ม)

(ตำแหน่ง)

<u>หมายเหตุ</u> หนังสือรับรองนี้ใช้สำหรับกรณีการย้าย/โอน ไปดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการขึ้นไป ซึ่งผู้ขอโอนมีระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้งหรือสายงานที่จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกันไม่ครบถ้วน

การตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคล

ชื่อผู้ขอรับการประเมินบุคคล.....
ตำแหน่งปัจจุบัน/ระดับ.....
ตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง/ระดับ.....

๑. คุณวุฒิทางการศึกษาตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง [ ] ตรง [ ] ไม่ตรง
๒. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง [ ] มีการกำหนดไว้ [ ] ไม่ได้กำหนด
๓. กรณีที่มีการกำหนดไว้ในข้อ ๒ ผู้ขอรับการประเมินมีใบอนุญาตดังกล่าวหรือไม่ [ ] มี [ ] ไม่มี
๔. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง
[ ] ครบ [ ] ไม่ครบ
๕. หนังสือ/เอกสารหลักฐานการจ้างงานประเภทพนักงานราชการ ลูกจ้าง/พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ในกรณีที่ระยะเวลาตามข้อ ๔ ไม่ครบ [ ] มี [ ] ไม่มี
๖. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้งหรือสายงานที่จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกัน (เฉพาะตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการขึ้นไป)
[ ] ครบ [ ] ไม่ครบ
๗. หนังสือรับรองลักษณะงานที่ปฏิบัติในตำแหน่งที่ขอนำระยะเวลามาขอนับเกื้อกูล ในกรณีที่ระยะเวลาตามข้อ ๖ ไม่ครบ (เฉพาะตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการขึ้นไป)
[ ] มี [ ] ไม่มี

<u>สรุปผลการตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคล</u>

[ ] อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะดำเนินการต่อไปได้
[ ] อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะดำเนินการต่อไปได้ แต่ต้องให้คณะกรรมการประเมินบุคคลที่ อ.ก.พ.กรม แต่งตั้ง พิจารณาการขอนับระยะเวลาการดำรงเกื้อกูล (เฉพาะตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการขึ้นไป)
[ ] ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ (ระบุเหตุผล).....
.....

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ
(.....)
ตำแหน่ง.....
ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่จะแต่งตั้ง

วันที่.....