

**แบบประเมินบุคคล**

**(กรณีการเลื่อนไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ระดับชำนาญงาน)**

**ของ**

**ชื่อ-นามสกุล ........................................................**

**ตำแหน่ง/ระดับ.....................................................ตำแหน่งเลขที่.......................**

**ส่วนราชการ........................................................................**

**ขอประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง**

**ตำแหน่ง/ระดับ.....................................................ตำแหน่งเลขที่.......................**

**ส่วนราชการ........................................................................**

****

**แบบประเมินบุคคล**

**กรณีการเลื่อนไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ระดับชำนาญงาน**

|  |
| --- |
| **ส่วนที่ ๑ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับการประเมิน** |
| ๑. ชื่อ-นามสกุล………………………………………………………………………………..………………………………………………………  ๒. ตำแหน่ง(ปัจจุบัน) …………………………………………………………………… ตำแหน่งเลขที่ ……………………………………  งาน/ฝ่าย/กลุ่ม …………………………………………………………………………………………………………………….………………  กอง/ศูนย์/สำนัก ……………………………………………………………………………………………………………………………….…  ดำรงตำแหน่งปัจจุบันเมื่อ……………………………………………อัตราเงินเดือนปัจจุบัน ……………………………………..…  ๓. ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง …………………………………………ตำแหน่งเลขที่ ………………………………...…  งาน/ฝ่าย/กลุ่ม ………………………………………………………………………………………………………………………………….…  กอง/ศูนย์/สำนัก ……………………………………………………… กรม ……………………………………………………………..…  ๔. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้ง ………………ปี…………เดือน  ๕. ประวัติส่วนตัว (จาก ก.พ. ๗)  เกิดวันที่ …………………………………… เดือน …………………………………… พ.ศ. …………………  อายุราชการ …………… ปี ………… เดือน  6. ประวัติการศึกษา (ให้ระบุวุฒิทุกวุฒิที่ได้รับตั้งแต่แรกบรรจุ)  คุณวุฒิและวิชาเอก ปีที่สำเร็จการศึกษา สถาบัน  (ปริญญา/ปริญญาบัตร)  ………………………..……… ……………….………………… ………….......….……………..  ………………………..……… ……………….………………… ………….......….………………  ………………………..……… ……………….………………… ………….......….………………  7. ประวัติการรับราชการ (ให้ระบุตั้งแต่การจ้างงานประเภท พนักงานราชการ/ลูกจ้างชั่วคราว/พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และข้าราชการ ตามแต่กรณี โดยให้แสดงเฉพาะกรณีที่เลื่อนระดับที่สูงขึ้น/การเปลี่ยนแปลงในสายงาน และส่วนราชการ พร้อมแนบสำเนา ก.พ.7)   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | วันเดือนปี  (ตั้งแต่วันที่-วันที่) | ตำแหน่ง | อัตราเงินเดือน | สังกัด | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |

-2-

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ส่วนที่ ๑ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับการประเมิน (ต่อ)** | | |
| ๘. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งที่ดำรงอยู่ หรือที่ได้รับมอบหมาย ณ ปัจจุบัน  ด้านการปฏิบัติการ…………………….  ด้านการบริการ ………………  9. ผลการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่ง (ย้อนหลัง 2 ปีงบประมาณ   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ลำดับที่ | ลักษณะงาน  ด้านบริการ/ปฏิบัติการ | หน่วยนับ | จำนวน  ผู้ร่วมดำเนินการ | ปีงบประมาณ........ | | ปีงบประมาณ........ | | | กลุ่มงาน | เฉพาะตัว | กลุ่มงาน | เฉพาะตัว | |  |  |  |  |  |  |  |  |     10. ผลสัมฤทธิ์ของงาน (ให้ระบุผลงานเด่นที่รับผิดชอบโดยย่อ จำนวน 1 เรื่อง จำนวน 5 – 15 หน้า)  -3-  …(ชื่อเรื่อง...1. หลักการและเหตุผล 2. วัตถุประสงค์ 3. เป้าหมาย 4. วิธีดำเนินการ 5. ระยะเวลาการดำเนินการ 6. การประเมินผล 7. ปัญหาและอุปสรรค 8. วิธีและแนวทางแก้ไข 9. ข้อเสนอแนะ 10.ผลที่คาดว่าจะได้รับ(ภาคผนวก ถ้ามีแนบด้านหลัง)......................................................................................................................................................  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  11. กรณีผลงานที่ทำร่วมกันหลายคน ให้ระบุสัดส่วนผลงานเป็นร้อยละ โดยมีคำรับรองจากผู้มีส่วนร่วม ดำเนินการ เรื่อง “…………………...................................................................................................…………”  ลำดับที่ ชื่อ-สกุล ตำแหน่ง สัดส่วนร้อยละ ลายเซ็น  ๑. …………………….……… ……………………… …………………………… ………………………  ๒. …………………….……… ……………………… …………………………… ………………………  ขอรับรองว่าข้อรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ  (ลงชื่อ) .............................................................ผู้ขอรับการประเมิน  (...........................................................)  ตำแหน่ง ...............................................................  วันที่..............เดือน ............................พ.ศ. ................  12. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา  ขอรับรองว่าข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของ นาย / นาง / น.ส. ........................................................  เป็นความจริงทุกประการ  (ลงชื่อ) ...................................................  (...................................................)  ตำแหน่ง ..........(ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น).....  วันที่..........เดือน..........................พ.ศ...............  (ลงชื่อ) ...................................................  (...................................................)  ตำแหน่ง......(ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ)……….  วันที่.................เดือน............................พ.ศ..................  (ลงชื่อ) ...................................................  (...................................................)  ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช  วันที่..............เดือน................................พ.ศ.................. | | |
| **ส่วนที่ 2 การประเมินคุณลักษณะเฉพาะบุคคล (สำหรับผู้บังคับบัญชา) คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน**  -4- | | |
| ก. การประเมินของผู้บังคับบัญชาระดับหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน หรือเทียบเท่า | | |
| รายการประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้รับ |
| **๑. ความประพฤติ**  พิจารณาคุณสมบัติอุปนิสัย และความประพฤติส่วนตัว  ตลอดจนการปฏิบัติตามนโยบาย ระเบียบแบบแผนและ  ข้อบังคับของส่วนราชการนั้น ๆ จรรยาบรรณและการรักษา  วินัยข้าราชการโดยพิจารณาจากประวัติส่วนตัว ประวัติการ  ทำงานและพฤติกรรมที่ปรากฏทางอื่น |  |  |
| **2. ความรับผิดชอบต่อหน้าที่**  พิจารณาความตั้งใจในการทำงาน ความมุ่งมั่นที่จะทำงานที่  ได้รับมอบหมายให้สำเร็จเป็นผลดี การไม่ละเลยต่องานรวมถึง  ความเต็มใจและความกล้าที่จะรับผิดต่อผลเสียที่อาจเกิดขึ้น  ไม่ปัดความรับผิดต่อผลเสียหายที่อาจเกิดขึ้น ไม่ปัดความ  รับผิดชอบง่ายและความจริงใจที่จะปรับปรุงตัวเองให้ดีขึ้น |  |  |
| **3. ความอุตสาหะ**  พิจารณาความมีมานะ อดทน เอาใจใส่ในหน้าที่การงาน ความ  กระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน โดยอุทิศเวลาให้กับทางราชการ  ไม่เฉื่อยชา และ มีความขยันหมั่นเพียร |  |  |
| **4. ความสามารถในการปฏิบัติงานร่วมกับเพื่อนร่วมงาน**  **อย่างมีประสิทธิภาพ**  พิจารณาความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น ยอมรับฟัง  ความคิดเห็นของผู้อื่น และ ยอมรับในความสามารถของ  ผู้ร่วมงานทุกระดับ |  |  |
| **5. อื่น ๆ**  ...................................................................................................  .................................................................................................... |  |  |
| **รวมคะแนน** | **100** |  |
| (ลงชื่อ) ……………………………………………… ผู้ประเมิน  (……………………………………………)  ตำแหน่ง……………………………………………  วันที่……… เดือน ……………………… พ.ศ………… | | |
| ข. การประเมินของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ | | |
| ความเห็นผู้บังคับบัญชา………………………………………………………………………………………………….……………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  (ลงชื่อ) .................................................ผู้ประเมิน  (..................................................)  ตำแหน่ง ......................................................  วันที่ ..................เดือน ..................พ.ศ................... | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

-5-

|  |
| --- |
| **ส่วนที่ 3 การตรวจสอบคุณสมบัติผู้ขอรับการประเมิน (สำหรับหน่วยงานการเจ้าหน้าที่)**  -6- |
| 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................ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ส่วนที่ 4 แบบประเมินบุคคล (กรณี การเลื่อน/โอน ไปแต่งตั้งระดับที่สูงกว่าเดิม)**  -7-  **(สำหรับเลขานุการคณะกรรมการประเมิน)**  4.1 ระดับชำนาญงาน คณะ­กรรมการที่ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุแต่งตั้ง ประเมินบุคคลตามองค์ประกอบ  ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนด ดังนี้  ชื่อผู้รับการประเมิน ......................................................................  ตำแหน่งที่ขอประเมิน....................................................................   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **1.องค์ประกอบในการพิจารณา** | **น้ำหนักคะแนน**  **ในแต่ละองค์ประกอบ** | | | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้รับ** | | 1) ข้อมูลบุคคล ได้แก่ ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติทางวินัย และผลการปฏิบัติราชการ | 20 |  | | 2) ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง | 30 |  | | 3) ผลสัมฤทธิ์ของงาน (ผลสำเร็จของงานที่ผ่านมา) | 40 |  | | 4) อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร  -การสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ และเสียสละ | 10 |  | | **รวม** | **100** |  |   ( ) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมเฉลี่ยสูงสุดไม่น้อยกว่าร้อยละ 60  ( ) ไม่ผ่านการประเมิน เหตุผล...............................................................................................................  (ลงชื่อ) ...............................................ประธานคณะกรรมการ  (................................................)  วันที่................................................................  (ลงชื่อ) ...............................................กรรมการ  (................................................)  วันที่.................................................................  (ลงชื่อ) ...............................................กรรมการ  (................................................)  วันที่.................................................................  (ลงชื่อ) ...............................................กรรมการ  (................................................)  วันที่.................................................................. |

-8-

|  |
| --- |
| **ส่วนที่ 5 สรุปผลการประเมินบุคคล (สำหรับเลขานุการคณะกรรมการประเมิน)** |
| คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาประเมินบุคคล นาย / นาง / น.ส. .............................................................  ในการประชุมครั้งที่..................................................วันที่...........เดือน.........................................พ.ศ..................  มีมติดังนี้  ( ) ผ่านการประเมินบุคคล เมื่อวันที่.......................................................................................................  ( ) ไม่ผ่านการประเมินบุคคล  เหตุผล................................................................................................................................................  ..........................................................................................................................................................  ( ) ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี) ...................................................................................................................  ...........................................................................................................................................................  (ลงชื่อ) ...............................................ประธานคณะกรรมการฯ  (................................................)  วันที่..........................................................  (ลงชื่อ) ...............................................กรรมการ  (................................................)  วันที่..........................................................  (ลงชื่อ) ...............................................กรรมการ  (................................................)  วันที่..........................................................  (ลงชื่อ) ...............................................กรรมการ  (................................................)  วันที่..........................................................  (ลงชื่อ) ...............................................เลขานุการ  (................................................)  วันที่.......................................................... |

|  |
| --- |
| **ส่วนที่ 6 รายงานผลการประเมินบุคคล (สำหรับประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล)**  -9- |
| คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาประเมินบุคคล นาย / นาง / น.ส. .............................................................  ในการประชุมครั้งที่..................................................วันที่...........เดือน.........................................พ.ศ..................  มีมติดังนี้  ( ) สมควรแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง........................................................................................................  ( ) ยังไม่สมควรแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง  เหตุผล............................................................................................................................................  ............................................................................................................................................    (ลงชื่อ)…………………………………………………………..ประธานคณะกรรมการฯ  (…………….…………………………………………..)  ตำแหน่ง……………………………………………………………….  วันที่............เดือน........................พ.ศ.............. |

**เอกสารแนบ**

ภาคผนวก

สำเนา ก.พ.7

สำเนาคำสั่งบรรจุและแต่งตั้งข้าราชการ

สำเนาคำสั่งจ้างลูกจ้างชั่วคราว (ทุกคำสั่งการต่ออายุ)

สำเนาคำสั่งจ้างพนักงานกระทรวงสาธารณสุข (ทุกคำสั่งการต่ออายุ)

สำเนาคำสั่งจ้างพนักงานราชการ (ทุกคำสั่งการต่ออายุ)

อื่นๆ

(จัดทำรูปเล่ม 1 ฉบับ รูปแบบสันรูด)