

**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…………เดือน๕. ประวัติส่วนตัว (จาก ก.พ. ๗) เกิดวันที่ …………………………………… เดือน …………………………………… พ.ศ. ………………… อายุราชการ …………… ปี ………… เดือน6. 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 | ลักษณะงานด้านบริการ/ปฏิบัติการ | หน่วยนับ | จำนวนผู้ร่วมดำเนินการ | 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 โดยมีคำรับรองจากผู้มีส่วนร่วมดำเนินการ 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 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชวันที่..............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  ( ) ไม่ตรง1.2 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 ประเมินบุคคลตามองค์ประกอบที่ 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)