

**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 (นับรวมเกื้อกูล)  ๕. ประวัติส่วนตัว (จาก ก.พ. ๗)  เกิดวันที่ …………………………………… เดือน …………………………………… พ.ศ. …………………  อายุราชการ …………… ปี ………… เดือน (นับตั้งแต่วันบรรจุ)  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   
 เอกสารประกอบ (ถ้ามี)

สำเนา ก.พ.7 (ปริ้นจากระบบ nonhr ได้)  
 สำเนาวุฒิการศึกษา พร้อมทรานสคริป (วุฒิที่บรรจุ)

สำเนาคำสั่งบรรจุและแต่งตั้งข้าราชการ  
(วุฒิ ปวท. อายุราชการครบ 5 ปี / วุฒิ ปวส. อายุราชการครบ 4 ปี)

\*ถ้านับอายุราชการไม่ครบ และบรรจุ ว154/ว235 สามารถนับระยะเวลาตอนเป็น ลจช. พกส. พรก. พร้อมแนบคำสั่งดังนี้ \* (อายุราชการครบไม่ต้องนับเกื้อกูล)

สำเนาคำสั่งจ้างลูกจ้างชั่วคราว (ทุกคำสั่งการต่ออายุ)

สำเนาคำสั่งจ้างพนักงานกระทรวงสาธารณสุข (ทุกคำสั่งการต่ออายุ)

สำเนาคำสั่งจ้างพนักงานราชการ (ทุกคำสั่งการต่ออายุ)

อื่นๆ

**โปรดอ่าน**

**สำหรับตำแหน่ง ดังนี้ จัดทำแบบประเมิน 2 เล่ม รูปแบบสันรูด**  
1.ตำแหน่งเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู

2.ตำแหน่งช่างกายอุปกรณ์

3.ตำแหน่งเจ้าพนักงานเวชสถิติ

4.ตำแหน่งเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์

5.ตำแหน่งเจ้าพนักงานรังสีแพทย์ เจ้าหน้าที่เอ็กซเรย์

**\*\* สำหรับตำแหน่งอื่นๆ จัดทำแบบประเมิน 3 เล่ม รูปแบบสันรูด**