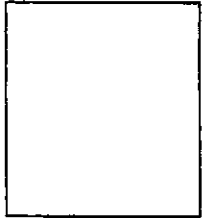


แบบแสดงความจำนงเข้ารับการประเมินบุคคลเพื่อย้ายแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล(นายแพทย์)
ประเภทวิชาการ ระดับเชี่ยวชาญ
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม



๑. ตำแหน่งและส่วนราชการที่ขอสมัครเข้ารับการคัดเลือก

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล(นายแพทย์) ตำแหน่งเลขที่
โรงพยาบาล..... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล(นายแพทย์) ตำแหน่งเลขที่
โรงพยาบาล..... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๒. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ..... สกุล

วัน เดือน ปี เกิด..... อายุตัว..... ปี อายุราชการ..... ปี

วันเกษียณอายุ..... ภูมิลำเนา.....

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง

ประเภท..... ระดับ.....

ส่วนราชการ.....

โทรศัพท์.....

ตั้งแต่..... อัตราเงินเดือนปัจจุบัน

๓. การดำรงตำแหน่ง

ดำรงตำแหน่งระดับเชี่ยวชาญ ตั้งแต่.....

ตำแหน่งอื่นที่ได้รับมอบหมาย และเคยได้รับมอบหมาย.....

.....

.....

๔. ประวัติการถูกกล่าวหา ร้องเรียนหรือถูกลงโทษทางวินัยหรืออาญา เว้นแต่กรณีกระทำโดยประมาท
หรือลหุโทษที่ไม่ได้ทำให้ราชการได้รับความเสียหายอย่างร้ายแรง

๔.๑ เคยถูกกล่าวหา ร้องเรียนทางวินัยหรือไม่

- ไม่เคย
- เคย

๔.๒ เคยถูกลงโทษทางวินัยหรือไม่

- ไม่เคย
- เคย

๔.๓ เคยถูกกล่าวหา ร้องเรียนทางอาญาหรือไม่

- ไม่เคย
- เคย

๔.๔ เคยถูกกล่าวหา ร้องเรียนทางอาญาหรือไม่

- ไม่เคย

๘. แผนงาน/โครงการที่จะดำเนินการเมื่อดำรงตำแหน่งที่สมัครในอนาคต (ภายใน ๓ ปี)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๙. บุคคลอ้างอิง (Recommender) จำนวน ๓ ท่าน

ชื่อ..... ตำแหน่ง.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าว เป็นเท็จหรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมดสิทธิ์ได้รับการคัดเลือกและ หากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้ว จะถือเป็นโมฆะ

ลงชื่อ..... ผู้ขอรับการคัดเลือก

(.....)

...../...../๓.....

๑๒. ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

๑๒.๑ โปรดระบุ.....

.....

.....

๑๒.๒ ขอรับรองว่าผู้ครองตำแหน่งเป็นผู้ปฏิบัติตามประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือน ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๕๒ (ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๑๓.๗/ว ๓๒ ลงวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๕๒) มีความเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง หากข้อมูลข้างต้นมีการเปลี่ยนแปลงประการใด จะแจ้งให้สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขทราบโดยพลัน

ลงชื่อ..... ผู้บังคับบัญชา

(.....)

.....

สถานที่ติดต่อ

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่..... ซอย/ตรอก.....ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร..... E - mail