



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ  
เรื่อง รับสมัครข้าราชการเข้ารับการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง  
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลยะลา  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา

ด้วยคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง  
จะดำเนินการรับสมัครข้าราชการเข้ารับการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ  
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลยะลา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา

เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้  
จึงประกาศรับสมัครข้าราชการเข้ารับการประเมินบุคคล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. ตำแหน่งที่รับสมัคร จำนวน ๓ ตำแหน่ง ดังนี้

๑.๑ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

๑) ตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ ๑๓๙๘๗๙

๑.๒ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

๑) ตำแหน่งนักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ) ตำแหน่งเลขที่ ๑๔๐๐๓๐

๑.๓ กลุ่มงานประกันสุขภาพ

๑) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๑๔๐๔๘๑

๒. คุณสมบัติของบุคคลที่จะเข้ารับประเมินบุคคล

๒.๑ มีคุณสมบัติตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งที่จะแต่งตั้งตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง

๒.๒ มีคุณสมบัติในเรื่องเกี่ยวกับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของสายงานต่าง ๆ คุณวุฒิ หรือ  
การอบรมหลักสูตรเพิ่มเติมครบถ้วนตามที่ ก.พ. กำหนดในแต่ละสายงานตามหลักเกณฑ์การเลื่อนระดับตำแหน่งประเภทวิชาการ

๒.๓ มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งหรือเคยดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้ง  
ตามคุณวุฒิของบุคคล สำหรับการเลื่อนเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งระดับต่าง ๆ ไม่น้อยกว่าระยะเวลาที่  
อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๖๕๐๕ ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗

๓. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร

ให้ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการประเมินบุคคลยื่นใบสมัครและเอกสารต่าง ๆ ตามที่กำหนด  
ได้ที่กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลยะลา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา ตั้งแต่วันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๗  
ถึงวันที่ ๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ในวันและเวลาราชการ

๔. การยื่นเอกสารการสมัคร \*

๔.๑ กรณีระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลฯ ครบ  
ตามที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนด

(๑) ใบสมัครเข้ารับการประเมินบุคคล

(๒) แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

๔.๒ กรณีระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลฯ ไม่ครบ ตามที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนด

(๑) ใบสมัครเข้ารับการประเมินบุคคล

(๒) แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

(๓) เอกสารประกอบการพิจารณาขอนับระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่ขอ  
เกี่ยวคู่กับตำแหน่งที่ขอประเมิน

(๔) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

\* หมายเหตุ : ให้อื่นเอกสารการสมัคร จำนวน ๖ ชุด (ต้นฉบับ ๑ ชุด และสำเนา ๕ ชุด) โดยผลงาน  
สัดส่วนของผลงานและข้อเสนอแนวคิดที่จะส่งประเมินบุคคล ต้องเป็นเรื่องเดียวกันกับเรื่องที่จะส่งประเมินผลงาน

๕. หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคล

๕.๑ การพิจารณาประเมินบุคคลจะพิจารณาตามองค์ประกอบและน้ำหนักคะแนน ดังนี้

๑) ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ  
ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย (๒๐ คะแนน)

๒) ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้อง  
เหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง (๓๐ คะแนน)

๓) ค่าโครงการผลงานที่จะส่งประเมินและในกรณีที่มีผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงาน ให้แสดง  
สัดส่วนและบทบาทของผู้ประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย (๓๐ คะแนน)

๔) ข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (๑๐ คะแนน)

๕) อื่นๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะคิด เสียสละ ภาวะผู้นำ  
วิสัยทัศน์ (๑๐ คะแนน)

๕.๒ วิธีการประเมินบุคคล จะพิจารณาจากเอกสารประกอบการประเมินบุคคล  
ตามหลักเกณฑ์การประเมินบุคคล เช่น ประวัติการรับราชการ ผลการปฏิบัติงาน ผลงานวิชาการ หรืออาจใช้  
วิธีการสัมภาษณ์ ร่วมด้วยก็ได้ ทั้งนี้ ผู้ได้รับการคัดเลือกต้องได้คะแนนรวมเฉลี่ยสูงสุด และไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

๖. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการประเมินบุคคล

วันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

(ดูรายละเอียดได้ที่เว็บไซต์ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลยะลา สำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดยะลา <https://www.yalahospital.go.th>)

\*กำหนดการอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสมและความจำเป็น

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗



(นางสาวนิตยา ภูวนานนท์)

ประธานกรรมการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง  
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ  
โรงพยาบาลยะลา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา

**ใบสมัคร**  
ขอรับการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ  
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาล.....  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

รูปถ่าย  
๑ x ๑.๕ นิ้ว

ตำแหน่ง.....(ด้าน.....)(ถ้ามี)

ตำแหน่งเลขที่.....: ส่วนราชการ.....

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ..... ชื่อสกุล.....

วัน เดือน ปีเกิด..... อายุตัว.....ปี อายุราชการ.....ปี

วันเกษียณอายุ..... ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....

ระดับ..... ส่วนราชการ.....

ตั้งแต่..... ปัจจุบันอัตราเงินเดือน.....บาท

โทรศัพท์..... E-mail.....

๒. การดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ (ครั้งแรก) ตำแหน่ง.....(ด้าน.....)(ถ้ามี)

ตั้งแต่.....

๓. ความผิดทางวินัย เป็นผู้อยู่ระหว่าง

ถูกสอบสวน.....เมื่อ.....

ถูกลงโทษ.....เมื่อ.....

ไม่มี

๔. วุฒิการศึกษา (โปรดแนบหลักฐาน)

ปริญญาตรี.....สาขา.....

สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....

ปริญญาโท.....สาขา.....

สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....

ปริญญาเอก.....สาขา.....

สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....เลขที่.....

วันออกใบอนุญาต.....วันหมดอายุ.....

๕. ผลงานวิชาการที่จะส่งประเมิน (ตามที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด)

ผลงานเรื่องที่ ๑ .....

กรณีสัดส่วนไม่ครบตามที่คณะกรรมการกำหนด ให้ส่งผลงานได้อีกไม่เกิน ๒ เรื่อง

ผลงานเรื่องที่ ๒ .....

ผลงานเรื่องที่ ๓ .....

๖. ข้อเสนอ...

๖. ข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน ที่จะส่งประเมิน

เรื่อง .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จ หรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมดสิทธิเข้ารับการประเมินบุคคลและหากได้รับการพิจารณาประเมินบุคคลแล้วจะถือว่าเป็นโมฆะ

ทั้งนี้ ข้าพเจ้ารับทราบ และยินดีปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการพิจารณาการเลื่อนข้าราชการชั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งตามที่ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุข มีมติให้กำหนดตำแหน่งเป็นระดับสูงขึ้น กรณีแต่งตั้งข้าราชการรายอื่นที่มีใช้ผู้ดำรงตำแหน่งดังกล่าวอยู่ในขณะที่ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุขกำหนดระดับให้สูงขึ้นว่า ตำแหน่งเลขที่เป็นเครื่องหมายสำหรับกำกับตำแหน่งแต่ละตำแหน่ง มิใช่เลขที่ประจำตัวบุคคลผู้ครองตำแหน่ง และการเลื่อนข้าราชการชั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้นอยู่ในอำนาจหน้าที่ของผู้บังคับบัญชาตามกฎหมายที่จะเป็นผู้พิจารณาตามความเหมาะสม โดยคำนึงถึงความรู้ความสามารถ ความประพฤติ และประวัติการรับราชการ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๓๒/ว ๕๕๕ ลงวันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๗

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเข้ารับการประเมินบุคคล  
(.....)  
(วันที่) ...../...../.....

๗. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

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

(ลงชื่อ) .....  
(.....)  
(ตำแหน่ง) .....  
(วันที่) ...../...../.....

สถานที่ติดต่อ (ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล)

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก  
บ้านเลขที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....  
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....  
โทรสาร..... E-mail.....



เอกสารประกอบการคัดเลือกบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง  
(กรณีการย้าย การโอน ตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ – เชี่ยวชาญ  
และการเลื่อนชั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ – ชำนาญการพิเศษ)

ของ

.....(ชื่อ/สกุล).....

ตำแหน่ง.....ตำแหน่งเลขที่.....

.....(ส่วนราชการ).....

เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง..... ตำแหน่งเลขที่.....

.....(ส่วนราชการ).....



6. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) (ชื่อใบอนุญาต.....)

เลขที่ใบอนุญาต.....

วันออกใบอนุญาต.....วันหมดอายุ.....

7. ประวัติการรับราชการ (จากการเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน แสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้นแต่ละระดับและการเปลี่ยนแปลงในการดำรงตำแหน่งในสายงานต่างๆ พร้อมแนบสำเนา ก.พ. 7)

วัน	เดือน	ปี	ตำแหน่ง	อัตราเงินเดือน	สังกัด
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

8. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน

ปี	ระยะเวลา	หลักสูตร	หน่วยงานที่จัดอบรม
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

9. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (เคยปฏิบัติงานเกี่ยวกับอะไรบ้างที่นอกเหนือจากข้อ 7 เช่น เป็นหัวหน้าโครงการ หัวหน้างาน กรรมการ อนุกรรมการวิทยากร อาจารย์พิเศษ เป็นต้น)

.....  
.....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับทราบแล้วว่าเมื่อข้าพเจ้าได้รับแต่งตั้งหรือได้รับเงินประจำตำแหน่งจากการคัดเลือก ครั้งนี้แล้ว ข้าพเจ้าจะต้องปฏิบัติหน้าที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ต่อไปอีกเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปี โดยไม่ย้ายหรือโอนไปส่วนราชการอื่น

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับการคัดเลือก  
(.....)

.....

10. ให้เลือกเสนอข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 10.1 และ 10.2

10.1 ผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา หรือ

10.2 ข้อเสนอแนวคิดวิธีการพัฒนา/การแก้ปัญหาทางที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อ 10.1 ผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน.....
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ.....
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ
  1. ....
  2. ....
  3. ....
4. สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินการ.....
5. ผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี) 1..... สักส่วนของผลงาน.....  
2..... สักส่วนของผลงาน.....
6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ (ระบุรายละเอียดของผลงานพร้อมทั้งสักส่วนของผลงาน)  
.....  
.....
7. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)  
.....  
.....
8. การนำไปใช้ประโยชน์.....  
.....
9. ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค .....  
.....



ข้อ 10.1 ผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา (ต่อ)

10. ข้อเสนอแนะ.....  
.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เสนอผลงาน  
(.....)  
...../...../.....

ขอรับรองว่าสัดส่วนหรือลักษณะงานในการดำเนินการของผู้เสนอข้างต้นถูกต้องตรงกับความ  
จริงทุกประการ

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ผู้ร่วมดำเนินการ  
...../...../.....

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ผู้ร่วมดำเนินการ  
...../...../.....

ข้อ 10.2 ข้อเสนอแนวคิดวิธีการพัฒนา/การแก้ปัญหาทางที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่ให้มีคุณภาพและ  
ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ของนาย/นาง/นางสาว.....  
เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง.....ตำแหน่งเลขที่.....  
ส่วนราชการ.....  
เรื่อง.....

หลักการและเหตุผล.....

บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ.....

ผลที่คาดว่าจะได้รับ .....

ตัวชี้วัดความสำเร็จ .....

ลงชื่อ.....ผู้เสนอแนวคิด/วิธีการ

(.....)

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

ข้อ 10.2 ข้อเสนอแนวคิดวิธีการพัฒนา/การแก้ปัญหาทางงานที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่ให้มีคุณภาพและ  
ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (ต่อ)

11. คำรับรองของผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

ได้ตรวจสอบข้อความและผลงานของนาย/นาง/นางสาว.....  
ที่เสนอขอรับการคัดเลือกแล้วเห็นว่าถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....  
...../...../.....

12. คำรับรองของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ

.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....  
...../...../.....

13. สรุปผลการตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคล

การพิจารณาคัดเลือกบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ ดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....

ชื่อ .....

ตำแหน่ง.....ตำแหน่งเลขที่.....

ส่วนราชการ.....

ขอรับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งในตำแหน่ง.....

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

1. คุณสมบัติของบุคคล

1.1 คุณวุฒิการศึกษา

( ) ตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง

1.2 ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ากำหนดไว้)

( ) ตรงตามที่กำหนด เลขที่..... ( ) ไม่ตรงตามที่กำหนด

1.3 ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง

( ) ครบตามที่กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ( ) ไม่ครบ

1.4 ระยะเวลาชั้นต่ำในการดำรงตำแหน่งหรือเคยดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้ง

(ให้รวมถึงการดำรงตำแหน่งในสายงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือเคยปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือเกี่ยวเนื่องด้วย)

( ) ครบตามที่ ก.พ. กำหนด ( ) ไม่ครบ

2. สรุปผลการตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคล

( ) อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะดำเนินการต่อไปได้ ( ) ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์เนื่องจาก.....

( ) อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะดำเนินการต่อไปได้แต่ต้องให้คณะกรรมการพิจารณาเรื่องระยะเวลาชั้นต่ำในการดำรงตำแหน่ง

ลงชื่อ.....บุคลากรหรือผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่

(.....)

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

14. ผลการพิจารณาคัดเลือกบุคคล กรณีตำแหน่งเลื่อนไหลและมีคนครอง

ชื่อผู้ขอรับการคัดเลือก.....

( ) ได้รับการคัดเลือกให้แต่งตั้งได้

( ) ไม่ได้รับการคัดเลือก

ระบุเหตุผล.....

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

(.....)

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

15. ผลการพิจารณาคัดเลือกบุคคล กรณีนอกเหนือจากข้อ 14

( ) ได้รับการคัดเลือกให้แต่งตั้งได้

( ) ไม่ได้รับการคัดเลือก

ระบุเหตุผล.....

ลงชื่อ.....ประธานคณะกรรมการคัดเลือก

(.....)

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

( ) เห็นชอบ

( ) มีความเห็นแตกต่าง เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

(.....)

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

แบบแสดงการรับเอกสารประกอบการคัดเลือกบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง  
ณ โรงพยาบาลยะลา

๑. โรงพยาบาลยะลา ได้รับเอกสารประกอบการขอคัดเลือกบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

ของ ..... เมื่อ.....

ตามหลักฐานดังนี้

เอกสารประกอบการคัดเลือกบุคคลที่เข้ารับการประเมินผลงาน จำนวน.....เล่ม

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๒. กรณีคณะกรรมการประเมินผลงานให้ ( ) ปรับปรุงแก้ไข ( ) เพิ่มเติมผลงานที่เสนอประเมิน

๒.๑ ได้รับผลงานที่ ( ) ปรับปรุงแก้ไข ( ) เพิ่มเติม เมื่อวันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๒.๒ ได้รับผลงานที่ ( ) ปรับปรุงแก้ไข ( ) เพิ่มเติม เมื่อวันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....