



ประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์
เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงาน
ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ จะพิจารณาคัดเลือกข้าราชการให้ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล และหัวหน้างานตรวจสอบภายใน กลุ่มงานบริหารทั่วไปในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

เพื่อให้การคัดเลือกฯ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย เหมาะสม โปร่งใส และยุติธรรม ในตำแหน่งดังกล่าว จึงประกาศรับสมัครคัดเลือก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ก. ตำแหน่งที่รับสมัคร

๑. ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
๒. ตำแหน่งหัวหน้างานตรวจสอบภายใน กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ข. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการคัดเลือก

๑. หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
๒. สาธารณสุขอำเภอ
๓. รองหัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับชำนาญการ ขึ้นไป
๔. ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ที่มีคำสั่งแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่มาแล้วไม่น้อยกว่า ๓ ปี
๕. หัวหน้าฝ่ายใน รพท./รพช. ระดับชำนาญการ ขึ้นไป

ค. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร

ให้ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกยื่นใบแสดงความจำนงเข้ารับการคัดเลือกฯ พร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้อง ถึงกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ตั้งแต่วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๖ จนถึงวันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๖๖ ในวันและเวลาราชการ

ง. เอกสารที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร

๑. แบบแสดงความจำนงเข้ารับการคัดเลือกเพื่อปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงาน ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ (ต้นฉบับ จำนวน ๑ ชุด และสำเนา จำนวน ๕ ชุด) จำนวน ๖ ชุด
๒. สำเนา ก.พ. ๗ จำนวน ๖ ชุด
๓. แบบสรุปการนำเสนอผลงานฉบับย่อ ไม่เกิน ๑ หน้า กระดาษ A๔ จำนวน ๖ ชุด
๔. เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๖ ชุด

จ. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก

การพิจารณาคัดเลือกบุคคล เพื่อให้ได้ผู้ที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ จะพิจารณาจากองค์ประกอบและกำหนดคะแนนในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

๑. ความรู้ความสามารถและความชำนาญการปฏิบัติงาน ให้พิจารณาโดยคำนึงถึงคุณวุฒิ การศึกษา ความรู้ความสามารถ ทักษะ และความชำนาญในการปฏิบัติงานด้านนั้น ซึ่งอาจพิจารณาจากข้อมูลการประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปีของข้าราชการผู้นั้นในระยะเวลาที่ผ่านมา ๒๐ คะแนน

๒. ระยะเวลา ...

๒. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง ให้พิจารณาโดยคำนึงถึงระยะเวลาดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้ง หรือสายงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือระยะเวลาที่เคยปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องหรือเกี่ยวเนื่องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง ๑๐ คะแนน

๓. การปฏิบัติตนเหมาะสมกับการเป็นข้าราชการ ให้พิจารณาโดยคำนึงถึงความประพฤติ การรักษาวินัย ความขยันหมั่นเพียร ความอดสาหัส การอุทิศเวลาให้กับราชการ ๑๐ คะแนน

๔. ผลงานหรือผลการปฏิบัติงาน ให้พิจารณาโดยคำนึงถึงคุณภาพของผลงานหรือผลการปฏิบัติงาน ประโยชน์ของผลงานต่อราชการ วงการวิชาการ หรือวิชาชีพ ๔๐ คะแนน

๕. เกณฑ์อื่น ๆ เช่น ภาวะผู้นำ มนุษย์สัมพันธ์ ความเสียสละ ๒๐ คะแนน

๓. วิธีการคัดเลือก คณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ จะพิจารณาจากใบสมัคร ผลงาน และประวัติการรับราชการ ทั้งนี้ อาจใช้วิธีสัมภาษณ์หรือใช้วิธีการอื่นใดเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะแสดงออกถึงความรู้ ความสามารถ และความเหมาะสมของผู้สมัครในการปฏิบัติงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยผู้ผ่านการคัดเลือกต้องได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่า ๖๐%

ฉ. การประกาศขึ้นบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือกตามลำดับที่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์จะประกาศขึ้นบัญชีผู้ได้รับการคัดเลือก โดยเรียงลำดับที่จากผู้ที่ได้คะแนนสูงสุดลงมาตามลำดับ

ประกาศ ณ วันที่ ๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายบรรพต ธีระวิภาส)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

แบบแสดงความจำนงเข้ารับการศึกษาเพื่อปฏิบัติหน้าที่
หัวหน้ากลุ่มงาน
ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

ทุกข้อมูลที่กรอกในใบสมัคร จะมีผลต่อการตรวจสอบคุณสมบัติและการติดต่อประสานข้อมูล
การกรอกข้อมูลไม่ชัดเจน ไม่ได้ตรวจสอบความถูกต้อง หรือการไม่แนบเอกสาร
อาจทำให้ท่านเสียประโยชน์ในการเข้ารับการศึกษา
และเป็นความรับผิดชอบของท่านเอง

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ สกุล

วัน เดือน ปี เกิด อายุตัว ปี อายุราชการ ปี

วันเกษียณอายุ

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง

ตั้งแต่

ส่วนราชการ

โทรศัพท์

อัตราเงินเดือนปัจจุบัน ชั้น บาท

ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ หรือชำนาญงาน ตั้งแต่

๒. ประวัติการถูกกล่าวหา ร้องเรียน หรือถูกลงโทษทางวินัยหรืออาญา เว้นแต่กรณีกระทำโดยประมาทหรือ
ลหุโทษที่ไม่ได้ทำให้ราชการได้รับความเสียหายอย่างร้ายแรง

๒.๑ เคยถูกกล่าวหา ร้องเรียนทางวินัยหรือไม่

() ไม่เคย

() เคย

๒.๒ เคยถูกลงโทษทางวินัยหรือไม่

() ไม่เคย

() เคย

ผลการพิจารณาทางวินัย

๒.๓ เคยถูกกล่าวหา ร้องเรียนทางอาญาหรือไม่

() ไม่เคย

() เคย

๒.๔ เคยถูกลงโทษทางอาญาหรือไม่

() ไม่เคย

() เคย

ผลการพิจารณาโทษทางอาญา

๓. ความดีเด่น เกียรติประวัติแห่งความสำเร็จที่ท่านเคยได้รับมีอะไรบ้าง และตั้งแต่เมื่อใด (โปรดแนบหลักฐาน)

การได้รับการพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือนกรณีพิเศษ ๒ ชั้น
จำนวน ครั้ง โปรดระบุ ปี พ.ศ.

การได้รับการพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือนระดับผลการประเมิน ดีเด่น (เริ่ม ๑ เมษายน ๒๕๕๘)
จำนวน ครั้ง โปรดระบุ

() ตุลาคม ๒๕๖๑ () เมษายน ๒๕๖๒ () ตุลาคม ๒๕๖๒ () เมษายน ๒๕๖๓

() ตุลาคม ๒๕๖๓ () เมษายน ๒๕๖๔ () ตุลาคม ๒๕๖๔ () เมษายน ๒๕๖๕

() ตุลาคม ๒๕๖๕ () เมษายน ๒๕๖๖

การเป็นข้าราชการดีเด่น บุคคลดีเด่น การได้รับรางวัลดีเด่น / ประกาศเกียรติคุณจากเอกชน / รัฐบาล
(เลือกรางวัลระดับสูงสุดที่ท่านได้รับมาเพียง ๒ รางวัล)

๑.

๒.

๔. ผลงานเด่น/ผลงานสำคัญ (ตั้งแต่เมื่อใดถึงเมื่อใด)

๑)

๒)

๓)

๕. บทบาทที่สำคัญในงานระดับต่าง ๆ (ตั้งแต่เมื่อใด ให้ระบุที่สำคัญไม่เกิน ๓ ชุด และโปรดแนบหลักฐาน)

(เช่น ประธาน / กรรมการ / กรรมการและเลขานุการ ในหน่วยงาน)

๑)

๒)

๓)

๖. การอบรม / ศึกษาดูงาน ด้านบริหาร หลักสูตรใด ตั้งแต่เมื่อใด (โปรดแนบหลักฐาน)

อบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับกลาง รุ่นที่ ตั้งแต่ ปี พ.ศ.

อบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับต้น รุ่นที่ ตั้งแต่ ปี พ.ศ.

อบรมหลักสูตรผู้บริหารอื่นๆ ระบุ ตั้งแต่ ปี พ.ศ.

การดูงานด้านการบริหารจัดการ

๑. ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

๒. ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

ไม่ได้อบรมหลักสูตรใด ๆ

๗. วุฒิการศึกษา (โปรดแนบหลักฐาน)

ปริญญาตรี

.....
.....

ปริญญาโท

.....
.....

ปริญญาเอก

.....
.....

๘. การดำรงตำแหน่งที่สำคัญ (โปรดแนบหลักฐาน)

หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตั้งแต่วันที่
ถึงวันที่

สาธารณสุขอำเภอ ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

รองหัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับชำนาญการ ขึ้นไป ตั้งแต่วันที่
ถึงวันที่

ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ระดับชำนาญการ ขึ้นไป ตั้งแต่วันที่
ถึงวันที่

หัวหน้าฝ่ายใน รพท./รพช. ระดับชำนาญการ ขึ้นไป ตั้งแต่วันที่
ถึงวันที่

๙. บุคคลอ้างอิง (Recommender) จำนวน ๑ ท่าน

..... ตำแหน่ง

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

โทรศัพท์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมดสิทธิได้รับการคัดเลือกและ หากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ

ลงชื่อผู้สมัคร

(.....)

๑๑. ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

๑๑.๑ โปรดระบุ

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

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

ลงชื่อผู้บังคับบัญชา
(.....)
ตำแหน่ง
...../...../.....

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่ ซอย / ตรอก ถนน
แขวง / ตำบล เขต / อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ
โทรสาร e-mail :