

ใบสมัคร

เพื่อรับย้าย/รับโอนข้าราชการ มาแต่งตั้งให้ดำรง
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่.....
กลุ่มงาน.....โรงพยาบาลราชบุรี

๑. ชื่อผู้สมัคร วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุตัว.....ปี
วัน/เดือน/ปีที่บรรจุ อายุราชการ.....ปี วันเกษียณอายุ.....
ตำแหน่งปัจจุบัน (ตาม จ.๑๘).....ระดับ.....
ตำแหน่งเลขที่.....ฝ่าย/กลุ่มงาน.....โรงพยาบาล.....
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....กรม.....
อัตราเงินเดือน ปัจจุบันประมาณปัจจุบันบาท
ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญงาน (ระดับ 5-6 เดิม) เมื่อ.....
ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ (ระดับ 6-7 เดิม) เมื่อ.....
ตำแหน่งอื่นที่ได้รับมอบหมายและเคยได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน

๒. วุฒิการศึกษา.....

๓. เคยได้รับการพิจารณาความดีความชอบเป็นกรณีพิเศษ ๒ ชั้นหรือ 4% ขึ้นไป จำนวน.....ครั้ง เมื่อ.....

๔. ความผิดทางวินัย เป็นผู้เคย/อยู่ระหว่าง
ถูกสอบสวน.....เมื่อ.....
ถูกลงโทษ.....เมื่อ.....

๕. วิสัยทัศน์/ความคาดหวัง

๖. แนวทางการดำเนินการและแก้ปัญหา

๗. แผนงาน/โครงการที่จะดำเนินการเมื่อดำรงตำแหน่งที่สมัครในอนาคต (ภายใน ๓ ปี)

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

๘. บุคคลอ้างอิง จำนวน ๓ ท่าน

- 1.
- 2.
- 3.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังพบว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิ์ได้รับการคัดเลือก และหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ

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

๙. คำรับรอง/ความเห็นชอบของผู้บังคับบัญชา

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

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : กรุณาแนบสำเนา ก.พ. ๗ และวุฒิการศึกษาที่ระบุมาพร้อมใบสมัครนี้ด้วย