**เอกสารประกอบการคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน**

**ของ**

**..................................(ชื่อ/สกุล)....................................**

**ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ**

**ตำแหน่งเลขที่...........................**

**กลุ่มงาน...................... กลุ่มการพยาบาล**

**โรงพยาบาลบางพลี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ**

**สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

**เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง**

**ตำแหน่ง............................................. (ด้าน........................................)**

**ตำแหน่งเลขที่...........................**

**กลุ่มงาน...................... กลุ่มการพยาบาล**

**โรงพยาบาลบางพลี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ**

**สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

- 1 -

**แบบประเมินคุณลักษณะของบุคคล**

ชื่อ............................................................................................................................................................................

ขอรับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ตอนที่ 1 รายการประเมิน** | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้รับ |
| 1. ความรับผิดชอบ พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น  - เอาใจใส่ในการทำงานที่ได้รับมอบหมายและหรืองานที่เกี่ยวข้องอย่างมี  ประสิทธิภาพ  - ยอมรับผลงานของตนเองทั้งในด้านของความสำเร็จและความผิดพลาด  - พัฒนาและปรับปรุงงานในหน้าที่ให้ดียิ่งขึ้นและหรือแก้ไขปัญหาหรือ  ข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น เช่น งานใดที่สำเร็จและได้ผลดีแล้วก็พยายามปรับปรุง  ให้ดีขึ้นไปอีกเรื่อยๆ หรืองานที่พบว่ามีปัญหาหรือข้อผิดพลาดก็พยายาม  แก้ไขไม่ละเลยหรือปล่อยทิ้งไว้จนเกิดปัญหาเช่นนั้นซ้ำๆ อีก  2. ความคิดริเริ่ม พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น  - คิดค้นระบบแนวทาง วิธีดำเนินการใหม่ๆ เพื่อประสิทธิผลของงาน  - แสดงความคิดเห็นให้ข้อเสนอแนะอย่างสมเหตุสมผลและสามารถปฏิบัติได้  - แสวงหาความรู้ใหม่ๆ เพิ่มเติมอยู่เสมอโดยเฉพาะในสายวิชาชีพ/งานของตน  - ตรวจสอบ ปรับปรุง แก้ไข หรือดัดแปลงวิธีทำงานให้มีประสิทธิภาพและ  ก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลา  - สนใจในงานที่ยุ่งยากซับซ้อน  - มีความไวต่อสถานการณ์หรือความฉับไวในการรับรู้สิ่งเร้าภายนอก  3. การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น  - วิเคราะห์หาสาเหตุก่อนเสมอเมื่อประสบปัญหาใดๆ  - วิเคราะห์ลู่ทางแก้ปัญหา โดยมีทางเลือกปฏิบัติได้หลายวิธี  - เลือกทางปฏิบัติในการแก้ปัญหา ได้ถูกต้องเหมาะสม  - ใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจและแก้ปัญหา (ไม่ใช้ความรู้สึกของตนเอง) | 15  15  15 | ..................  ..................  .................. |

- 2 -

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ตอนที่ 1 รายการประเมิน (ต่อ)** | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้รับ |
| 4. ความประพฤติ พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น  - รักษาวินัย และมีน้ำใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่  - มีกิริยาวาจาสุภาพ อ่อนโยน  - มีความประพฤติส่วนตัวที่เหมาะสมและควบคุมอารมณ์ได้  - ปฏิบัติงานอยู่ในกรอบของข้อบังคับว่าด้วยจรรยาบรรณของข้าราชการ  พลเรือนและวิชาชีพของตน  - มีความซื่อสัตย์สุจริต  5. ความสามารถในการสื่อความหมาย พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น  - สื่อสารกับบุคคลต่างๆ เช่น ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน ผู้รับบริการ   และผู้ที่เกี่ยวข้องได้ดี โดยเข้าใจถูกต้องตรงกัน  - ถ่ายทอดและเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการให้ผู้อื่นเข้าใจอย่างชัดเจน  โดยใช้ภาษาอย่างถูกต้องเหมาะสม  6. การพัฒนาตนเอง พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น  - ติดตาม ศึกษา ค้นคว้าความรู้ใหม่ หรือสิ่งที่เป็นความก้าวหน้าทางวิชาการ/  วิชาชีพอยู่เสมอ  - สนใจและปรับตนเองให้ก้าวทันวิทยาการใหม่ๆ ตลอดเวลา  - นำความรู้และวิทยาการใหม่ๆ มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน  ได้อย่างมีประสิทธิภาพ  7. การทำงานร่วมกับผู้อื่น  - ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น  - ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานกับผู้อื่น  - เคารพในสิทธิของผู้อื่น  - มีมนุษยสัมพันธ์ในการปฏิบัติงาน  8. ความเสียสละ  - การอุทิศเวลาให้งาน  - สามารถช่วยเหลือหน่วยงานขององค์กรอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอก  องค์กรทั้งงาน โดยตรงและงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ  - การไม่เกี่ยงงาน | 15  10  10  10  10 | ..................  ..................  ..................  ..................  .................. |
| รวม | 100 |  |

- 3 -

|  |
| --- |
| **ตอนที่ 2 สรุปความเห็นในการประเมิน** |
| ความเห็นของผู้ประเมิน  ( ) ผ่านการประเมิน (ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60)  ( ) ไม่ผ่านการประเมิน (ได้คะแนนรวมต่ำกว่าร้อยละ 60)  (ระบุเหตุผล).................................................................................................  .............................................................................................................................................  (ลงชื่อผู้ประเมิน)........หัวหน้าฝ่าย/หอ/งาน.................  (.............................................)  ...................ตำแหน่ง...................  วันที่........... เดือน............................. พ.ศ. ............  (ลงชื่อผู้ประเมิน)....หัวหน้าพยาบาล/หัวหน้าภารกิจ..........  (นางสาวสายชล ธัญธริษตรี)  หัวหน้าพยาบาล  วันที่........... เดือน............................. พ.ศ. ............    ความเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ  ( ) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น  ( ) มีความเห็นแตกต่างจากการประเมินข้างต้น ในแต่ละรายการ ดังนี้..................  ..................................................................................................................  .................................................................................................................................  (ลงชื่อผู้ประเมิน).....................................................  (นายพิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ)  ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางพลี  วันที่........... เดือน............................. พ.ศ. ............  (ลงชื่อผู้ประเมิน).....................................................  (..........................................)  ..............................................  วันที่........... เดือน............................. พ.ศ. ............ |

**หมายเหตุ** กรณีที่ผู้บังคับบัญชาทั้ง 2 ระดับเห็นสมควรให้ผ่านการประเมิน ให้นำเสนอผลงานเพื่อขอรับการคัดเลือกได้

- 4 -

|  |
| --- |
| **ตอนที่ 2 สรุปความเห็นในการประเมิน** |
| ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57 (กรณีที่ความเห็นของผู้บังคับบัญชาทั้ง 2 ระดับแตกต่างกัน)  ( ) ผ่านการประเมิน (ระบุเหตุผล).......................................................................................  ............................................................................................................................................. . ..............................................................................................................................................  ..............................................................................................................................  ………………………………………………………………………………………………………….……  ( ) ไม่ผ่านการประเมิน (ระบุเหตุผล)...................................................................................  ............................................................................................................................  ............................................................................................................................  .............................................................................................................................  .............................................................................................................................  .............................................................................................................................  ...............................................................................................................................................  ...............................................................................................................................................  (ลงชื่อผู้ประเมิน).....................................................  (.....................................................)  (ตำแหน่ง)..................................................  วันที่.............เดือน...................พ.ศ. .......... |

- 5 -

**แบบเสนอผลการปฏิบัติงานเพื่อขอรับการคัดเลือก**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ข้อมูลส่วนบุคคล** | | |
| **1. ชื่อ**........................................................................ | | |
|  | | |
| **2. ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ** ตำแหน่งเลขที่……………..………….. | | |
| กลุ่มงาน.......................... กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบางพลี | | |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | | |
| ดำรงตำแหน่งนี้เมื่อวันที่……………..เดือน………………..………..พ.ศ………………… | | |
| อัตราเงินเดือนปัจจุบัน ……………บาท | | |
|  | | |
| **3. ขอรับการคัดเลือกเพื่อประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)** | | |
| ตำแหน่งเลขที่………..…..…. กลุ่มงาน.......................... กลุ่มการพยาบาล | | |
| โรงพยาบาลบางพลี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | | |
|  | | |
| **4. ประวัติส่วนตัว** | | |
| เกิดวันที่..................เดือน..................................พ.ศ. .................. | | |
| อายุตัว.................................ปี...........................เดือน อายุปัจจุบัน (คำนวณจากวันที่ส่ง) | | |
| อายุราชการ.........................ปี...........................เดือน | | |
|  | | |
| **5. ประวัติการศึกษา** | | |
|  | | |
| **คุณวุฒิและวิชาเอก** | **ปีที่สำเร็จการศึกษา** | **สถาบัน** |
| **(ปริญญา/ปริญญาบัตร)** |  |  |
| ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต | พ.ศ. ........... | มหาวิทยาลัย....... |
| **6. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ** (ให้แนบสำเนาใบอนุญาต)  ชื่อใบอนุญาต ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ | | |
| เลขที่ใบอนุญาต ............................................  วันออกใบอนุญาต ...........................................  วันหมดอายุ ........................................... | | |
|  | | |

- 6 -

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อมูลส่วนบุคคล** **(ต่อ)** | | | | |
| **7. ประวัติการรับราชการ** | | | | |
| **วัน เดือน ปี** | **ตำแหน่ง** | | **อัตราเงินเดือน** | **สังกัด** |
| 1 มีนาคม 2563  - 1 มิถุนายน 2564 | พยาบาลวิชาชีพ  (ลูกจ้างชั่วคราว) | | 15,000 | กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล  โรงพยาบาลบางพลี  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ |
| 1 มิถุนายน 2564 | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ | | 15,960 | กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล  โรงพยาบาลบางพลี  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ |
|  | | | | |
| **8. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน** | | | | |
| **วัน เดือน ปี** | **ระยะเวลา** | **หลักสูตร** | | **หน่วยงานที่จัดอบรม** |
| 1 - 2 มิถุนายน 2564 | 2 วัน | หลักสูตรการซ้อมแผนอพยพหนีไฟ | | เขตสุขภาพที่ 6 |
|  |  | การซ้อมแผนอพยพหนีไฟ | |  |
|  | | | | |
| **9. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน** (เคยปฏิบัติงานกรรมการ คณะกรรมการ)  9.1 คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลบางพลี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 - ปัจจุบัน  9.2 คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 - 2563 | | | | |
| ....................................................................... | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

- 7 -

|  |
| --- |
| **ข้อมูลส่วนบุคคล** **(ต่อ)** |
| **10. ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา** |
| **10.1 ผลการปฏิบัติงานในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา** |
| - สรุปผลการปฏิบัติงาน (โดยสรุปเฉพาะบทบาทหน้าที่หลัก) (ด้านบริหาร บริการ วิชาการ) |
|  |
| **10.2 ผลงานที่จะส่งประเมิน** |
| **ชื่อผลงาน**....................................... |
| **เค้าโครงเรื่องโดยย่อ**  (สรุปเฉพาะสาระสำคัญ/ประเด็นของเรื่อง/ที่มา/สิ่งที่ศึกษาและผลที่ได้โดยสังเขป) |
| **สัดส่วนของผลงาน** |
| ผู้ดำเนินการ นางสาว........................ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ  กลุ่มงานการพยาบาล..................... กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบางพลี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ สัดส่วนของผลงานร้อยละ 100 |
| **10.3 ข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน/วิธีการเพื่อปรับปรุงงาน**  **เรื่อง ..................................................** |
| สรุปข้อเสนอแนวคิด/วิธีการพร้อมระบุชื่อเรื่องที่จะพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในตำแหน่งที่จะขอรับการประเมินผลงาน |
|  |
| ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ |
|  |
| (ลงชื่อ) (ผู้ขอรับการคัดเลือก) |
| (ลงชื่ อ)( )(ผู้ขอรับ |
| พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ |
| วันที่ เดือน พ.ศ. . |

- 8 -

|  |
| --- |
| **ข้อมูลส่วนบุคคล** **(ต่อ)** |
| **11. คำรับรองของผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงาน** |
| ได้ตรวจสอบข้อความของ.........ชื่อ - สกุล.........  ที่เสนอขอรับการคัดเลือกแล้วเห็นว่าถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ |
|  |
| (ลงชื่อ)............หัวหน้าฝ่าย/หอ/งาน................. |
| (.............................................) |
| ...................ตำแหน่ง................... |
| วันที่........... เดือน............................. พ.ศ. ............ |
| **12.1 คำรับรองของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ**  ลงชื่อ …………………….…………………......... (ผู้ประเมิน)  (นางสาวสายชล ธัญธริษตรี)  หัวหน้าพยาบาล  วันที่ ………. เดือน …..……… พ.ศ. ……….…  **12.2 คำรับรองของผู้บังคับบัญชา**  ที่เสนอให้ประเมินแล้วเห็นว่าถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ    ลงชื่อ …………………….…………………......... (ผู้ประเมิน)  (นายพิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ)  ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางพลี  วันที่ ………. เดือน …..……… พ.ศ. ……….…  **12.3 คำรับรองของผู้บังคับบัญชา**  ที่เสนอให้ประเมินแล้วเห็นว่าถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ  ลงชื่อ …………………….…………………......... (ผู้ประเมิน)  (...................................................)  .................................................  วันที่ ………. เดือน …..……… พ.ศ. ……….… |

- 8 -

|  |
| --- |
| **ข้อมูลส่วนบุคคล** **(ต่อ)** |
| **13. สรุปผลการตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคล**  การพิจารณาคัดเลือกบุคคลเพื่อประเมินแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)  ชื่อ........................................................ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่........................... กลุ่มงาน................... กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบางพลี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  ขอเสนอผลงานเพื่อรับการคัดเลือกแต่งตั้งในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)  ตำแหน่งเลขที่............................. กลุ่มงาน................... กลุ่มการพยาบาล  โรงพยาบาลบางพลี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  1. คุณสมบัติของบุคคล  1.1 คุณวุฒิการศึกษา  ( ) ตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง ( ) ไม่ตรงแต่ ก.พ.ยกเว้นตามมาตรา 62  1.2 ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ..................................  ( ) ตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง ( ) ไม่ตรงตามที่กำหนด  1.3 ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง  ( ) ครบตามที่กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ( ) ไม่ครบแต่จะครบในวันที่..................  1.4 ระยะเวลาขั้นต่ำในการดำรงตำแหน่งหรือเคยดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้ง  (ให้รวมถึงการดำรงตำแหน่งในสายงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือเคยปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือเกื้อกูลด้วย)  ( ) ครบตามที่ ก.พ. กำหนด ( ) ไม่ครบ/ส่งให้คณะกรรมการคัดเลือกบุคคลพิจารณา  2. การประเมินคุณลักษณะของบุคคล  ( ) ผ่านการประเมิน ( ) ไม่ผ่านการประเมินเหตุผล.......................................................................  3. สรุปผลการตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคล  ( ) อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะดำเนินการต่อไปได้ ( ) ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์เนื่องจาก..................................  ( ) อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะดำเนินการต่อไปได้แต่ต้องให้คณะกรรมการพิจารณาเรื่องระยะเวลาขั้นต่ำในการ  ดำรงตำแหน่ง  ลงชื่อ..............................................ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่  (.................................................)  ..................................................  ................/............../................. |

- 9 -

|  |
| --- |
| **ข้อมูลส่วนบุคคล** **(ต่อ)** |
| 14. ผลการพิจารณาคัดเลือกบุคคล กรณีตำแหน่งเลื่อนไหล |
|  |
| ชื่อผู้ขอรับการคัดเลือก ................ชื่อ - สกุล......................................  ( ) ได้รับการคัดเลือกให้ส่งผลงานประเมิน |
| ( ) ไม่ได้รับการคัดเลือก |
| ระบุเหตุผล........................................................................................................................................... |
| ......................................................................................................................................................................... |
|  |
|  |
| (ลงชื่อ) (ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57) |
| )( )(ผู้ขอรับการคัดเลือก) |
| ....................................................... |
| ............. ………………/……………………/……………… |

**เอกสารแนบท้ายแบบคัดเลือก**

1. หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน กรณีปฏิบัติงานไม่ตรงหน่วยงาน โดยรับรองจากต้นสังกัด จำนวน 1 ชุด   
   (*กรณีปฏิบัติไม่ตรงต้องรับรองทั้ง 2 ทาง*)
2. สำเนา ก.พ. 7 ที่เป็นปัจจุบัน (จากระบบคอมพิวเตอร์) จำนวน 1 ชุด มีผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่รับรองสำเนา
3. สำเนาใบประกอบโรคศิลป์ที่ยังไม่หมดอายุ กรณีอยู่ระหว่างการต่ออายุบัตรให้แนบหลักฐานด้วย จำนวน 1 ชุด
4. สำเนาวุฒิบัตร จำนวน 1 ชุด
5. สำเนาประกาศคัดเลือกของจังหวัดต้นสังกัด (ใส่ชื่อผลงานและชื่อแนวคิด/นวัตกรรม ที่ตรงกับผลงานที่ขอประเมินมาด้วย) จำนวน 1 ชุด

**เอกสารประกอบการพิจารณาขอนับระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่ขอเกื้อกูลกับตำแหน่งที่ขอประเมิน**

แบบฟอร์มนี้ใช้เฉพาะกรณีที่

ขอนับระยะเวลาเกี่ยวข้องเกื้อกูล

**ของ นาย/นาง/นางสาว**.............................................................**ตำแหน่ง**....................................................**ตำแหน่งเลขที่**........................................

**ส่วนราชการ** (ระบุงาน/ฝ่าย/กลุ่ม)................................................................................

**ประเมินเพื่อดำรงตำแหน่ง**.......................................................................**ตำแหน่งเลขที่**.....................................**ส่วนราชการ**............................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ชื่อ/ตำแหน่งปัจจุบัน/วุฒิ | ช่วงเวลาดำรงตำแหน่งที่ขอเกื้อกูล | ตำแหน่ง/ลักษณะงานที่ปฏิบัติ  ในตำแหน่งที่ขอเกื้อกูล | ระยะเวลาที่ขอเกื้อกูล | จำนวนผู้ร่วมดำเนินการ | สัดส่วนที่ผู้ขอเกื้อกูลได้ปฏิบัติงาน % | ตำแหน่ง/ลักษณะงาน  ของตำแหน่งที่ขอประเมิน | ผู้รับรอง  (เซ็นทุกหน้า) |
| ชื่อ................................  ตำแหน่ง............................  วุฒิ.....................................  เมื่อ ................................  ได้รับใบประกอบวิชาชีพ  (ถ้ามี)  เมื่อ......................................... | เป็นช่วงระยะเวลาการดำรงตำแหน่งที่ขอเกื้อกูลทั้งหมด | เป็นการดำรงตำแหน่งที่ขอเกื้อกูลแยกเป็นแต่ละระดับ  ตำแหน่งที่ 1…….…ระดับ............  มีลักษณะงานที่ปฏิบัติ ดังนี้  .......................................................  .......................................................  .......................................................  ตำแหน่งที่ 2…….…ระดับ..............  มีลักษณะงานที่ปฏิบัติ ดังนี้  .......................................................  .......................................................  .......................................................  ฯลฯ | เป็นระยะเวลาเฉพาะที่ดำรงตำแหน่งแต่ละระดับ  ........................  .......................  🞼รวมระยะเวลาของแต่ละตำแหน่งแล้วจะต้องมียอดรวมเท่ากับช่องที่ 2 | ผู้ที่ร่วมปฏิบัติงานของแต่ละงาน  (ถ้าทำคนเดียวให้ใช้ - ) |  | เป็นลักษณะงานที่ไปดำรงตำแหน่งใหม่ โดยแยกเป็น แต่ละระดับให้ตรงตาม ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง | ............................................  (...........................................)  ชื่อผู้ขอประเมิน  วัน/เดือน/ปี  ............................................  (...........................................)  (ชื่อและตำแหน่ง)  ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงาน  วัน/เดือน/ปี  ............................................  (...........................................)  (ชื่อและตำแหน่ง)  ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป  1 ระดับ  วัน/เดือน/ปี |