**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 อีก2. ความคิดริเริ่ม พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น - คิดค้นระบบแนวทาง วิธีดำเนินการใหม่ๆ เพื่อประสิทธิผลของงาน - แสดงความคิดเห็นให้ข้อเสนอแนะอย่างสมเหตุสมผลและสามารถปฏิบัติได้ - แสวงหาความรู้ใหม่ๆ เพิ่มเติมอยู่เสมอโดยเฉพาะในสายวิชาชีพ/งานของตน - ตรวจสอบ ปรับปรุง แก้ไข หรือดัดแปลงวิธีทำงานให้มีประสิทธิภาพและ  ก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลา - สนใจในงานที่ยุ่งยากซับซ้อน - มีความไวต่อสถานการณ์หรือความฉับไวในการรับรู้สิ่งเร้าภายนอก3. การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น - วิเคราะห์หาสาเหตุก่อนเสมอเมื่อประสบปัญหาใดๆ - วิเคราะห์ลู่ทางแก้ปัญหา โดยมีทางเลือกปฏิบัติได้หลายวิธี - เลือกทางปฏิบัติในการแก้ปัญหา ได้ถูกต้องเหมาะสม - ใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจและแก้ปัญหา (ไม่ใช้ความรู้สึกของตนเอง)  | 151515 | ...................................................... |

 - 2 -

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ตอนที่ 1 รายการประเมิน (ต่อ)** | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้รับ |
| 4. ความประพฤติ พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น - รักษาวินัย และมีน้ำใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ - มีกิริยาวาจาสุภาพ อ่อนโยน - มีความประพฤติส่วนตัวที่เหมาะสมและควบคุมอารมณ์ได้ - ปฏิบัติงานอยู่ในกรอบของข้อบังคับว่าด้วยจรรยาบรรณของข้าราชการ พลเรือนและวิชาชีพของตน - มีความซื่อสัตย์สุจริต5. ความสามารถในการสื่อความหมาย พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น - สื่อสารกับบุคคลต่างๆ เช่น ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน ผู้รับบริการ  และผู้ที่เกี่ยวข้องได้ดี โดยเข้าใจถูกต้องตรงกัน - ถ่ายทอดและเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการให้ผู้อื่นเข้าใจอย่างชัดเจน  โดยใช้ภาษาอย่างถูกต้องเหมาะสม6. การพัฒนาตนเอง พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น - ติดตาม ศึกษา ค้นคว้าความรู้ใหม่ หรือสิ่งที่เป็นความก้าวหน้าทางวิชาการ/  วิชาชีพอยู่เสมอ - สนใจและปรับตนเองให้ก้าวทันวิทยาการใหม่ๆ ตลอดเวลา - นำความรู้และวิทยาการใหม่ๆ มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ7. การทำงานร่วมกับผู้อื่น - ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น - ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานกับผู้อื่น - เคารพในสิทธิของผู้อื่น - มีมนุษยสัมพันธ์ในการปฏิบัติงาน8. ความเสียสละ - การอุทิศเวลาให้งาน - สามารถช่วยเหลือหน่วยงานขององค์กรอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอก  องค์กรทั้งงาน โดยตรงและงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ - การไม่เกี่ยงงาน  | 1510101010 | .......................................................................................... |
| 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 | กลุ่มงานทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลบางพลีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ |
| 1 มิถุนายน 2564 | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ | 15,960 | กลุ่มงานทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลบางพลีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ |
|  |
| **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........................................................ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการตำแหน่งเลขที่........................... กลุ่มงาน................... กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลบางพลี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขขอเสนอผลงานเพื่อรับการคัดเลือกแต่งตั้งในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)ตำแหน่งเลขที่............................. กลุ่มงาน................... กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลบางพลี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข1. 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/ลักษณะงานที่ปฏิบัติในตำแหน่งที่ขอเกื้อกูล | ระยะเวลาที่ขอเกื้อกูล | จำนวนผู้ร่วมดำเนินการ | สัดส่วนที่ผู้ขอเกื้อกูลได้ปฏิบัติงาน % | ตำแหน่ง/ลักษณะงานของตำแหน่งที่ขอประเมิน | ผู้รับรอง(เซ็นทุกหน้า) |
| ชื่อ................................ตำแหน่ง............................วุฒิ.....................................เมื่อ ................................ได้รับใบประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี)เมื่อ......................................... | เป็นช่วงระยะเวลาการดำรงตำแหน่งที่ขอเกื้อกูลทั้งหมด  | เป็นการดำรงตำแหน่งที่ขอเกื้อกูลแยกเป็นแต่ละระดับตำแหน่งที่ 1…….…ระดับ............มีลักษณะงานที่ปฏิบัติ ดังนี้.....................................................................................................................................................................ตำแหน่งที่ 2…….…ระดับ..............มีลักษณะงานที่ปฏิบัติ ดังนี้.....................................................................................................................................................................ฯลฯ | เป็นระยะเวลาเฉพาะที่ดำรงตำแหน่งแต่ละระดับ...............................................🞼รวมระยะเวลาของแต่ละตำแหน่งแล้วจะต้องมียอดรวมเท่ากับช่องที่ 2 | ผู้ที่ร่วมปฏิบัติงานของแต่ละงาน(ถ้าทำคนเดียวให้ใช้ - ) |  | เป็นลักษณะงานที่ไปดำรงตำแหน่งใหม่ โดยแยกเป็นแต่ละระดับให้ตรงตามลักษณะงานที่ปฏิบัติตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง | ............................................(...........................................)ชื่อผู้ขอประเมินวัน/เดือน/ปี............................................(...........................................)(ชื่อและตำแหน่ง)ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานวัน/เดือน/ปี............................................(...........................................)(ชื่อและตำแหน่ง)ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับวัน/เดือน/ปี |