**เอกสารประกอบการคัดเลือกข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อย้ายไป**

**ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**

**ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุทัยธานี**

**ของ**

**(ชื่อ - สกุล)**

**ตำแหน่ง เลขที่ตำแหน่ง**

**กลุ่มงาน**

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอ**

**เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง**

**ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**

**เลขที่ตำแหน่ง**

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอ**

**ใบสมัคร****คัดเลือกข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อย้ายไปดำรง i**

รูปถ่ายข้าราชการ

ขนาด 1 นิ้ว

**ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**

**ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุทัยธานี**

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

สมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อย้ายไปดำรงตำแหน่งผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ - สกุล วัน/เดือน/ปีเกิด

อายุ ปี อายุราชการ ปี วันเกษียณอายุ

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง ระดับ

สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอ

ตั้งแต่ อัตราเงินเดือน บาท โทรศัพท์

1. การดำรงตำแหน่ง

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี** | **ตำแหน่ง/ระดับ** | **สังกัด** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. วุฒิการศึกษา (ระบุคุณวุฒิการศึกษาสูงสุดไว้ด้านบนสุด เรียงลำดับไปจนถึงปริญญาตรี)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ปริญญา** | **ชื่อวุฒิการศึกษา** | **สาขา** | **สถาบัน** | **วันที่สำเร็จการศึกษา** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. ความผิดทางวินัย

* ไม่เคยถูกดำเนินการทางวินัย
* เคยถูกลงโทษทางวินัย ระดับโทษ เมื่อวันที่

ระดับโทษ เมื่อวันที่

ระดับโทษ เมื่อวันที่

* กำลังอยู่ระหว่างถูกสอบสวนทางวินัย

1. การฝึกอบรมและดูงาน

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี** | **การฝึกอบรม/ดูงาน** | **สถานที่** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. ความสามารถพิเศษ ความชำนาญพิเศษ และทักษะที่ทำให้ประสบความสำเร็จ เพื่อจะได้นำไปพิจารณาว่าความสามารถและทักษะดังกล่าว จะทำให้ผู้นั้นปฏิบัติงานในหน้าที่ใหม่ได้ผลดีหรือไม่ เพียงใด

1. วิสัยทัศน์ / ความคาดหวัง

1. แผนงาน/โครงการที่จะดำเนินการเมื่อดำรงตำแหน่งที่สมัครในอนาคต (ภายใน ๓ ปี)

1. การเลื่อนขั้นเงินเดือนย้อนหลัง 5 ปี (ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561)

ปีงบประมาณ 2561 ครั้งที่ 1 ขั้น ครั้งที่ 2 ขั้น

ปีงบประมาณ 2562 ครั้งที่ 1 ขั้น ครั้งที่ 2 ขั้น

ปีงบประมาณ 2563 ครั้งที่ 1 ขั้น ครั้งที่ 2 ขั้น

ปีงบประมาณ 2564 ครั้งที่ 1 ขั้น ครั้งที่ 2 ขั้น

ปีงบประมาณ 2565 ครั้งที่ 1 ขั้น ครั้งที่ 2 ขั้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในใบสมัครนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการหากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จ หรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมดสิทธิได้รับการคัดเลือก และหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือว่าเป็นโมฆะ และอาจมีความผิดฐานแจ้งความเท็จ

ลงชื่อ ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือก

( )

ตำแหน่ง

วันที่

1. คำรับรอง/ความเห็นของผู้อำนวยการกองสาธารณสุข

ลงชื่อ

( )

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข

วันที่

**แบบประเมินสมรรถนะผู้สมัคร**

**องค์ประกอบสมรรถนะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**

**สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุทัยธานี**

| **องค์ประกอบสมรรถนะ** | **คะแนน**  **เต็ม** | **คะแนน**  **ที่ได้** |
| --- | --- | --- |
| 1. สมรรถนะด้านการประสานงาน   จะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้ เข้าใจเนื้อหาหรือประเด็นที่ต้องประสานงานได้อย่างชัดเจน สามารถประสานงานกับกลุ่มผู้นำ ชุมชน อสม.อบต และภาคีเครือข่าย ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้มาร่วมทำงานได้สำเร็จ สามารถกำหนดแนวทางการประสานงานและสื่อสารกับหน่วยงานทั้งในและภายนอกองค์กร สามารถประสานงาน กับทีมสุขภาพในเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพให้ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถ เลือกช่องทางการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลเครือข่ายในการส่งผู้ป่วยรักษาต่อ ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ | 20 |  |
| 1. สมรรถนะด้านการวางแผนกลยุทธ์   จะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้ สามารถกำหนดแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำแผนงาน โครงการที่กำหนดสู่การปฏิบัติได้สอดคล้องกับสภาพชุมชน สามารถกำหนดแนวทาง วิธีการ และกิจกรรมการทำงานเพื่อสนองนโยบายขององค์กรได้สามารถกำหนดแนวทางการติดตาม และประเมินแผนงานโครงการต่าง ๆ ได้ นำผลจากการประเมินมาใช้เพื่อปรับปรุงและพัฒนา คุณภาพการปฏิบัติงาน สามารถวิเคราะห์ จุดอ่อนจุดแข็ง อุปสรรคและโอกาส (SWOT) ขององค์กรได้ | 20 |  |
| 1. สมรรถนะด้านการคิดในเชิงวิเคราะห์   จะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้ สามารถวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาสาธารณสุขได้สามารถวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญ ของปัญหาสาธารณสุขได้แจกแจงข้อมูล บุคคล เวลาสถานที่และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ เชื่อมโยงข้อมูลบุคคล เวลา สถานที่และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้สามารถอธิบายได้ว่า ปัญหาของชุมชนในเขตรับผิดชอบเป็นอย่างไร | 20 |  |
| 1. สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ   จะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้ สามารถกำหนดทิศทางการทำงานที่ชัดเจน และกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานให้แก่ผู้ร่วมงาน สามารถโน้มน้าวและจูงใจ ให้ผู้ร่วมงานสามารถปฏิบัติงานได้บรรลุผลสำเร็จ สามารถนำกลยุทธ์ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่การปฏิบัติได้กำกับ และติดตาม การปฏิบัติงาน ของผู้ร่วมปฏิบัติงาน แนะนำสอนงาน แก่ผู้ใต้บังคับได้อย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจน มอบหมายงาน ให้ผู้ใต้บังคับบัญชาตามความรู้ความสามารถของแต่ละบุคคลได้อย่างเหมาะสม สนับสนุน ให้ผู้ใต้บังคับบัญชาทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ สามารถนำวิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน แสดงออกอย่างชัดเจน ว่าเป็นผู้นำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในการทำงานและปกครอง ผู้ใต้บังคับบัญชา ริเริ่มสร้างสรรค์ในสิ่งใหม่ๆที่จะก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อองค์กร | 20 |  |
| 1. สมรรนถะด้านการทำงานชุมชนเชิงรุก   จะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้ วิเคราะห์บริบทของชุมชนได้ เข้าใจการรวมตัวของชุมชนและผู้นำท้องถิ่น ค้นหาภูมิปัญญา พื้นบ้านทั้งบุคคล สถานที่เพื่อเป็นแกนนำสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานโครงการต่าง ๆ ในชุมชน สร้างเครือข่ายการปฏิบัติงานกับองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน สร้างกระบวนการ เสริมสร้างชุมชนให้เข็มแข็งให้เกิดสำนึกว่าสุขภาพเป็นของทุกคน สนับสนุนและเกื้อกูลเชิงสังคม ในโอกาสสำคัญ ๆแก่ประชาชนและชุมชน เช่น งานเทศกาล งานบุญประเพณี งานแต่ง งานบวช แสดงความมุ่งมั่นและใจรักที่จะทำงานกับชุมชน |  |  |

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

🞎 ผ่านการประเมิน (ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60)

🞎 ไม่ผ่านการประเมิน (ได้คะแนนรวมต่ำกว่าร้อยละ 60)

(ระบุเหตุผล)

ลงชื่อ ผู้ประเมิน

( )

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข

วันที่

**หมายเหตุ**  ใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการคัดเลือก

**แบบแสดงผลงานเพื่อประกอบการพิจารณาคัดเลือก**

ชื่อเจ้าของผลงาน ตำแหน่ง

เลขที่ตำแหน่ง สังกัด กลุ่มงาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอ

1. ชื่อผลงาน
2. ระยะเวลาดำเนินการ
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. สรุปสาระสำคัญ

1. ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ผลสำเร็จของงาน

1. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี)
   1. สัดส่วนของผลงาน
   2. สัดส่วนของผลงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

( )

ตำแหน่ง

วันที่

ขอรับรองว่าสัดส่วนหรือลักษณะงานในการดำเนินการของผู้เสนอข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ร่วมดำเนินการ

( )

ตำแหน่ง

วันที่

ลงชื่อ ผู้ร่วมดำเนินการ

( )

ตำแหน่ง

วันที่

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

( )

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข

วันที่

**หมายเหตุ**  **:** เนื้อหาของผลงานจะต้องมีความยาวไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A4 (ไม่รวมเอกสารประกอบ) มีขนาดตัวอักษรไม่เกินขนาด 16

**สำเนาทะเบียนประวัติ (ก.พ.7)**

**สำเนาวุฒิการศึกษา**

**สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ**