

เอกสารประกอบการคัดเลือกข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อย้ายไป
ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุทัยธานี

ของ
(ชื่อ - สกุล)
ตำแหน่ง.....เลขที่ตำแหน่ง.....
กลุ่มงาน.....
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....อำเภอ.....

เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....
เลขที่ตำแหน่ง.....
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....อำเภอ.....

ใบสมัครคัดเลือกข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อย้ายไปดำรง
ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุทัยธานี

รูปถ่ายข้าราชการ
ขนาด 1 นิ้ว

สมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อย้ายไปดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล.....อำเภอ.....

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ - สกุล.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....
อายุ.....ปี อายุราชการ.....ปี วันเกษียณอายุ.....
ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....
สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....อำเภอ.....
ตั้งแต่.....อัตราเงินเดือน.....บาท โทรศัพท์.....

๒. การดำรงตำแหน่ง

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

๓. วุฒิการศึกษา (ระบุคุณวุฒิการศึกษาสูงสุดไว้ด้านบนสุด เรียงลำดับไปจนถึงปริญญาตรี)

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

๔. ความผิดทางวินัย

- ไม่เคยถูกดำเนินการทางวินัย
- เคยถูกลงโทษทางวินัย ระดับโทษ.....เมื่อวันที่.....
ระดับโทษ.....เมื่อวันที่.....
ระดับโทษ.....เมื่อวันที่.....
- กำลังอยู่ระหว่างถูกสอบสวนทางวินัย

๙. การเลื่อนขึ้นเงินเดือนย้อนหลัง ๕ ปี (ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๑)

| | | |
|---------------------------------|----------------------|------|
| ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ครั้งที่ ๑..... | ขึ้น ครั้งที่ ๒..... | ขึ้น |
| ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ครั้งที่ ๑..... | ขึ้น ครั้งที่ ๒..... | ขึ้น |
| ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ครั้งที่ ๑..... | ขึ้น ครั้งที่ ๒..... | ขึ้น |
| ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ครั้งที่ ๑..... | ขึ้น ครั้งที่ ๒..... | ขึ้น |
| ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ครั้งที่ ๑..... | ขึ้น ครั้งที่ ๒..... | ขึ้น |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในใบสมัครนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการหากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จ หรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมดสิทธิได้รับการคัดเลือก และหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือว่าเป็นโมฆะ และอาจมีความผิดฐานแจ้งความเท็จ

ลงชื่อ _____ ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือก
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

๑๐. คำรับรอง/ความเห็นของผู้อำนวยการกองสาธารณสุข

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

ลงชื่อ _____
(.....)

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข

วันที่.....

แบบประเมินสมรรถนะผู้สมัคร
องค์ประกอบสมรรถนะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุทัยธานี

| องค์ประกอบสมรรถนะ | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ |
|---|-----------|-------------|
| <p>๑. สมรรถนะด้านการประสานงาน</p> <p>จะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้ เข้าใจเนื้อหาหรือประเด็นที่ต้องประสานงานได้อย่างชัดเจน สามารถประสานงานกับกลุ่มผู้นำ ชุมชน อสม.อบต และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้มาร่วมทำงานได้สำเร็จ สามารถกำหนดแนวทางการประสานงานและสื่อสารกับหน่วยงานทั้งในและภายนอกองค์กร สามารถประสานงาน กับทีมสุขภาพในเครือข่ายในการจัดบริการสุขภาพให้ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถ เลือกช่องทางการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาล เครือข่ายในการส่งผู้ป่วยรักษาต่อ ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ</p> | ๒๐ | |
| <p>๒. สมรรถนะด้านการวางแผนกลยุทธ์</p> <p>จะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้ สามารถกำหนดแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำแผนงาน โครงการที่กำหนดสู่การปฏิบัติ ได้สอดคล้องกับสภาพชุมชน สามารถกำหนดแนวทาง วิธีการ และกิจกรรมการทำงานเพื่อสนองนโยบายขององค์กรได้สามารถกำหนดแนวทางการติดตาม และประเมินแผนงานโครงการต่าง ๆ ได้ นำผลจากการประเมินมาใช้เพื่อปรับปรุงและพัฒนา คุณภาพการปฏิบัติงาน สามารถวิเคราะห์ จุดอ่อนจุดแข็ง อุปสรรคและโอกาส (SWOT) ขององค์กรได้</p> | ๒๐ | |
| <p>๓. สมรรถนะด้านการคิดในเชิงวิเคราะห์</p> <p>จะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้ สามารถวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา สาธารณสุขได้สามารถวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขได้แจกแจงข้อมูล บุคคล เวลาสถานที่และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ เชื่อมโยงข้อมูล บุคคล เวลา สถานที่และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้สามารถอธิบายได้ว่า ปัญหาของชุมชนในเขตรับผิดชอบเป็นอย่างไร</p> | ๒๐ | |
| <p>๔. สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ</p> <p>จะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้ สามารถกำหนดทิศทางการทำงานที่ชัดเจน และกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานให้แก่ผู้ร่วมงาน สามารถโน้มน้าวและจูงใจให้ผู้ร่วมงานสามารถปฏิบัติงานได้บรรลุผลสำเร็จ สามารถนำกลยุทธ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่การปฏิบัติได้กำกับ และติดตามการปฏิบัติงาน ของผู้ร่วมปฏิบัติงาน แนะนำสอนงาน แก่ผู้ใต้บังคับได้อย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจน มอบหมายงาน ให้ผู้ใต้บังคับบัญชาตามความรู้ความสามารถของแต่ละบุคคลได้อย่างเหมาะสม สนับสนุน ให้ผู้ใต้บังคับบัญชาทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ สามารถนำวิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน แสดงออกอย่างชัดเจนว่าเป็นผู้นำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในการทำงานและปกครอง ผู้ใต้บังคับบัญชา ริเริ่มสร้างสรรค์ในสิ่งใหม่ๆที่จะก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อองค์กร</p> | ๒๐ | |

| องค์ประกอบสมรรถนะ | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ |
|--|-----------|-------------|
| <p>๕. สมรรถนะด้านการทำงานชุมชนเชิงรุก</p> <p>จะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้ วิเคราะห์บริบทของชุมชนได้ เข้าใจการรวมตัวของชุมชนและผู้นำท้องถิ่น ค้นหาภูมิปัญญา พื้นบ้านทั้งบุคคล สถานที่เพื่อเป็นแกนนำสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานโครงการต่าง ๆ ในชุมชน สร้างเครือข่ายการปฏิบัติงานกับองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน สร้างกระบวนการเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็งให้เกิดสำนึกว่าสุขภาพเป็นของทุกคน สนับสนุนและแก้ปัญหาลดความเหลื่อมล้ำ ในโอกาสสำคัญ ๆ แก่ประชาชนและชุมชน เช่น งานเทศกาล งานบุญประเพณี งานแต่ง งานบวช แสดงความมุ่งมั่นและใจรักที่จะทำงานกับชุมชน</p> | | |

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

ผ่านการประเมิน (ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐)

ไม่ผ่านการประเมิน (ได้คะแนนรวมต่ำกว่าร้อยละ ๖๐)

(ระบุเหตุผล).....

ลงชื่อ

ผู้ประเมิน

(.....)

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข

วันที่.....

แบบแสดงผลงานเพื่อประกอบการพิจารณาคัดเลือก

ชื่อเจ้าของผลงาน.....ตำแหน่ง.....

เลขที่ตำแหน่ง.....สังกัด กลุ่มงาน.....

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....อำเภอ.....

๑. ชื่อผลงาน.....

๒. ระยะเวลาดำเนินการ.....

๓. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

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

๔. สรุปสาระสำคัญ

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

๕. ขั้นตอนการดำเนินงาน

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

๖. ผลสำเร็จของงาน

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

๗. การนำไปใช้ประโยชน์

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

๘. ผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี)

๘.๑ สักส่วนของผลงาน.....
๘.๒ สักส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ขอรับรองว่าสัดส่วนหรือลักษณะงานในการดำเนินการของผู้เสนอข้างต้นถูกต้องตรงกับความ
เป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ผู้ร่วมดำเนินการ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ผู้ร่วมดำเนินการ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข

วันที่.....

หมายเหตุ : เนื้อหาของผลงานจะต้องมีความยาวไม่เกิน ๕ หน้ากระดาษ A๔ (ไม่รวมเอกสารประกอบ)
มีขนาดตัวอักษรไม่เกินขนาด ๑๖

สำเนาทะเบียนประวัติ (ก.พ.๗)

สำเนาวุฒิการศึกษา

สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ