



แบบประเมินบุคคล
(กรณีการย้าย และการโอน)

ของ

ชื่อ-นามสกุล

ตำแหน่ง/ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....

ส่วนราชการ.....

ขอประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

ตำแหน่ง/ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....

ส่วนราชการ.....



แบบประเมินบุคคล
(กรณีการย้าย และการโอน)
ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รูปถ่าย
ขนาด ๑ นิ้ว

ส่วนที่ ๑ คำขอประเมิน

กรณี การย้าย การโอน

ขอประเมิน เพื่อ ย้าย โอน ไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

ตำแหน่งเลขที่งาน/ฝ่าย/กลุ่ม.....

กอง/ศูนย์/ส่วน/สำนัก กรม

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับการประเมิน

๑. ชื่อ-นามสกุล.....

เกิดวันที่ เดือน..... พ.ศ. อายุ ปี เดือน

ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัด).....ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

๒. ตำแหน่ง(ปัจจุบัน) ตำแหน่งเลขที่

งาน/ฝ่าย/กลุ่มงาน

กอง/ศูนย์/สำนัก

ดำรงตำแหน่งปัจจุบันเมื่ออัตราเงินเดือนปัจจุบัน

อายุราชการ ปี เดือน

() ปฏิบัติราชการจริง ตำแหน่ง.....

สังกัด.....ตั้งแต่วันที่.....

๓. เหตุผลในการขอย้าย/โอน คือ.....

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว จำนวน.....ฉบับ

๔. ข้อมูลพัวพันกับทางราชการ (ถ้ามี)

() อยู่ระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ

() อยู่ระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/ดูงาน หลักสูตร.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

() อยู่ระหว่างปฏิบัติราชการขาดใช้ทุน หลักสูตร.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

๕. กรณีการย้าย/โอน ระดับต่ำกว่าเดิม

() ยินยอม

() ไม่ยินยอม

๖. อยู่ระหว่างประเมินเพื่อเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น

() ไม่อยู่ระหว่างประเมิน

() อยู่ระหว่างประเมิน

() ประสงค์ จะเลื่อนระดับก่อนย้าย/โอน

() ไม่ประสงค์ จะเลื่อนระดับก่อนย้าย/โอน

๗. ประวัติการศึกษา (ให้ระบุวุฒิทุกวุฒิที่ได้รับตั้งแต่แรกบรรจุ)

คุณวุฒิและวิชาเอก

ปีสำเร็จการศึกษา

สถาบัน

(ปริญญา/ปริญญาบัตร)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๘. ประวัติการรับราชการ (ให้ระบุตั้งแต่การจ้างงานประเภท พนักงานราชการ/ลูกจ้างชั่วคราว/พนักงาน
กระทรวงสาธารณสุข และข้าราชการ ตามแต่กรณี โดยให้แสดงเฉพาะกรณี queเลื่อนระดับที่สูงขึ้น/การเปลี่ยนแปลงใน
สายงาน และส่วนราชการ พร้อมแนบสำเนา ก.พ.๗)

วัน เดือน ปี
(ตั้งแต่วันที่-วันที่)

ตำแหน่ง

อัตราเงินเดือน

สังกัด

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๙. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน

ปี พ.ศ.

ระยะเวลา

หลักสูตร

หน่วยงานที่จัดอบรม

(ตั้งแต่วันที่-วันที่)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๑๐. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งที่ดำรงอยู่ หรือที่ได้รับมอบหมาย ณ ปัจจุบัน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๑๑. ผลการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่ง (ย้อนหลัง ๒ ปีงบประมาณ)

ลำดับที่	ลักษณะงาน ด้านบริการ/ปฏิบัติการ	หน่วย นับ	จำนวน ผู้ร่วม ดำเนินการ	ปีงบประมาณ.....		ปีงบประมาณ.....	
				กลุ่มงาน	เฉพาะตัว	กลุ่มงาน	เฉพาะตัว

๑๒. ผลสัมฤทธิ์ของงาน (ให้ระบุผลสำเร็จของงานที่ผ่านมาโดยย่อ จำนวน ๑ เรื่อง จำนวน ๑-๒ หน้า)

.....
.....

ขอรับรองว่าข้อรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) (ผู้ขอรับการประเมิน)

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑๓. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ขอรับรองว่าข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของ นาย / นาง / น.ส.

เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายหรือหัวหน้ากลุ่มงาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง ผู้บังคับบัญชาระดับกอง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๓ การประเมินคุณลักษณะเฉพาะบุคคล (สำหรับผู้บังคับบัญชา) คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน		
ก. การประเมินของผู้บังคับบัญชาระดับหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน หรือเทียบเท่า		
รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. ความประพฤติ พิจารณาคุณสมบัติอุปนิสัย และความประพฤติส่วนตัว ตลอดจนการปฏิบัติตามนโยบาย ระเบียบแบบแผนและ ข้อบังคับของส่วนราชการนั้น ๆ จรรยาบรรณและการรักษา วินัยข้าราชการ โดยพิจารณาจากประวัติส่วนตัว ประวัติการ ทำงานและพฤติกรรมที่ปรากฏทางอื่น		
๒. ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ พิจารณาความมุ่งมั่น ตั้งใจ เต็มใจในการทำงาน ที่ได้รับ มอบหมายให้สำเร็จ บรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน ไม่ละเลย ในการปฏิบัติหน้าที่ รวมถึงกล้าที่จะรับผิดชอบต่อผลเสีย ที่อาจเกิดขึ้น		
๓. ความอดุสาหะ พิจารณาความมีมานะ อดทน เอาใจใส่ในหน้าที่การงาน ความ กระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน โดยอุทิศเวลาให้กับทางราชการ ไม่เฉื่อยชา และมีความขยันหมั่นเพียร		
๔. ความสามารถในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้ร่วมงาน พิจารณาความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้ร่วมงาน มีมนุษยสัมพันธ์ในการปฏิบัติงาน ยอมรับฟัง ความคิดเห็นของผู้ร่วมงาน และ เคารพในสิทธิและ ความสามารถของผู้ร่วมงานทุกระดับ		
๕. อื่น ๆ		
รวมคะแนน	๑๐๐	
 (ลงชื่อ) ผู้ประเมิน (.....) ตำแหน่ง วันที่ เดือน พ.ศ.		

ข. การประเมินของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

ความเห็นผู้บังคับบัญชา.....

.....

(ลงชื่อ) ผู้ประเมิน

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ส่วนที่ ๔ การตรวจสอบคุณสมบัติผู้ขอรับการประเมิน (สำหรับหน่วยงานการเจ้าหน้าที่ผู้รับย้าย/รับโอน)

๑. คุณวุฒิการศึกษา ตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง

() ตรง () ไม่ตรง

๒. กรณีการย้าย การโอน ระดับต่ำกว่าเดิม ผู้ขอย้าย/โอน () ให้ความยินยอมแล้ว () ไม่ให้ความยินยอม

๓. คุณสมบัติอื่น ๆ ตามที่ ก.พ. กำหนดเพิ่มเติม

๓.๑ () จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกัน () ไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกัน

๓.๒ () เทียบการเป็นพนักงาน หรือข้าราชการตามกฎหมายอื่นแล้ว

๔. ประวัติทางวินัย

() ไม่เคยถูกลงโทษทางวินัยและไม่อยู่ในระหว่างถูกสอบสวนหรือถูกลงโทษทางวินัย

() เคยถูกลงโทษทางวินัยเมื่อ

() อยู่ระหว่างถูกสอบสวนทางวินัย กรณี.....

() อยู่ระหว่างถูกลงโทษทางวินัย กรณี.....

๕. ข้อผูกพันกับทางราชการ (ถ้ามี)

() อยู่ระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ

() อยู่ระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/ดูงาน หลักสูตร.....
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

() อยู่ระหว่างปฏิบัติราชการขาดใช้ทุน หลักสูตร.....
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง..... (ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ ๕ แบบประเมินบุคคล (กรณีการย้าย การโอน) () ระดับชำนาญงาน () ระดับอาวุโส
(สำหรับเลขานุการคณะกรรมการประเมิน)

คณะกรรมการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง ประเมินบุคคลตามองค์ประกอบ
ที่ ก.พ. กำหนด ดังนี้

ชื่อผู้รับการประเมิน.....

ตำแหน่งที่ขอประเมิน.....

๑.องค์ประกอบในการพิจารณา	น้ำหนักคะแนน ในแต่ละองค์ประกอบ	
	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑) ข้อมูลบุคคล ได้แก่ ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติทางวินัย และผลการปฏิบัติราชการ		
๒) ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง		
๓) ผลสัมฤทธิ์ของงาน (ผลสำเร็จของงานที่ผ่านมา)		
๔) อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร		
รวม	๑๐๐	

() ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมเฉลี่ยสูงสุดไม่น้อยกว่าร้อยละ

() ไม่ผ่านการประเมิน เหตุผล.....

.....

(ลงชื่อ)ประธานคณะกรรมการ

(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อ)กรรมการ

(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อ)กรรมการ

(.....)

วันที่.....

ส่วนที่ ๒ สรุปผลการประเมินบุคคล (สำหรับเลขานุการคณะกรรมการประเมิน)

คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาประเมินบุคคล นาย / นาง / น.ส.
ในการประชุมครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
มีมติดังนี้

() ผ่านการประเมินบุคคล เมื่อวันที่.....

() ไม่ผ่านการประเมินบุคคล

เหตุผล.....

() ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)

(ลงชื่อ)ประธานคณะกรรมการฯ

(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อ)กรรมการ

(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อ)กรรมการ

(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อ)เลขานุการ

(.....)

วันที่.....

ส่วนที่ ๗ รายงานผลการประเมินบุคคล (สำหรับประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล)

คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาประเมินบุคคล นาย / นาง / น.ส.
ในการประชุมครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
มีมติดังนี้

() สมควรแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

() ยังไม่สมควรแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

เหตุผล

(ลงชื่อ) ประธานคณะกรรมการฯ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....