

พว



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
 รับเลขที่.....11051
 วันที่ 4.9.พ.ย. 2567
 เวลา.....

ที่ ขบ ๐๐๓๓/ว.๖๒๖๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
 ถนนวิจิตรปราการ ขบ ๒๐๐๐๐

๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) คนที่ ๒ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ประกาศรับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) คนที่ ๒ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โดยกำหนดรับสมัครตั้งแต่ ๒๕ - ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ในวันและเวลาราชการ ดังรายละเอียดตาม www.cbo.moph.go.th หัวข้อ "ข่าวรับสมัครงาน"

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายฤกษ์ สกกุลแพทย์)
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา
 (✓) เพื่อโปรดทราบ
 (✓) เพื่อโปรดพิจารณา
 - สสจ. สุพรรณบุรี รับสมัครฯ/เพื่อ
 ขอความเห็น/ส่งให้แพทย์/พันเอก/พันโท
 - พันเอก/พันโท/พันตรี/พันเอก/พันโท website
 ๖๕๖ ๖/๕๗

(นางรัชฎี ขัตติยะ)
 นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ
 ๕ พ.ย. ๒๕๖๗

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
 โทร. ๐ ๓๘๒๘ ๕๕๑๑ ต่อ ๒๕๖๗ - ๘
 โทรสาร ๐ ๓๘๒๗ ๖๖๓๕

☐ อนุมัติ/อนุญาต
☒ ชอบ
☐ ลงนาม
☐ มอบ
☐ ทราบ

(นายเอกชัย คำลือ)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา
 21 พ.ย. 2567



ประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ
(ด้านเวชกรรมป้องกัน) คนที่ ๒ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จะดำเนินการคัดเลือกเพื่อมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) คนที่ ๒ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ฉะนั้น อาศัย
อำนาจในหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๔๓๔๗ ลงวันที่ ๒๓ สิงหาคม
๒๕๖๕ จึงประกาศรับสมัครคัดเลือก ดังต่อไปนี้

๑. ตำแหน่งที่จะคัดเลือก

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) คนที่ ๒ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดชลบุรี

๒. คุณสมบัติทั่วไปของผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก

- ๒.๑ ข้าราชการผู้ดำรงตำแหน่งนายแพทย์ ระดับชำนาญการพิเศษ หรือเชี่ยวชาญ และ
- ๒.๒ เป็นผู้ปฏิบัติหรือเคยปฏิบัติหน้าที่ไม่ต่ำกว่าหัวหน้ากลุ่มงานหรือเทียบเท่ามาแล้ว
ไม่น้อยกว่า ๑ ปี

๓. การรับสมัคร

ให้ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกส่งใบสมัคร และเอกสารต่างๆ ตามที่กำหนด
จำนวน ๑ ชุด ที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ชั้น ๓ อาคารชลนุสรณ์ ๑๐๐ ปี สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดชลบุรี ระหว่างวันที่ ๒๕ - ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ในวันและเวลาราชการ

๔. เอกสารที่ต้องส่งในการสมัคร

- ๔.๑ ใบสมัคร
- ๔.๒ ข้อเสนอแผนพัฒนางาน (ไม่เกิน ๒ หน้ากระดาษ A๔)
- ๔.๓ ประวัติการรับราชการ (สำเนา ก.พ. ๗)
- ๔.๔ สำเนาคำสั่งมอบหมายงานให้ปฏิบัติหน้าที่ไม่ต่ำกว่าหัวหน้ากลุ่มงานหรือเทียบเท่า
ไม่น้อยกว่า ๑ ปี

/๕. หลักเกณฑ์...

๕. หลักเกณฑ์ และวิธีการคัดเลือก

คณะกรรมการกลั่นกรองฯ จะดำเนินการพิจารณาผู้เหมาะสม โดยพิจารณาจาก

๕.๑ ความรู้ ทักษะ ที่ต้องใช้ในการปฏิบัติหน้าที่

๕.๒ ความสามารถในการบริหารงาน

๕.๓ ความประพฤติ

๕.๔ ประวัติการรับราชการ ผลงาน

๕.๕ คุณลักษณะ หรือองค์ประกอบอื่นๆ ตามที่หน่วยงานเห็นสมควร

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗


(นายกฤษฎ์ สกุนแพทย์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ใบสมัคร

ขอรับการประเมินบุคคลเพื่อมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ
(ด้านเวชกรรมป้องกัน) คนที่ ๒ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

รูปถ่าย

๑ x ๑.๕ นิ้ว

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ.....ชื่อสกุล.....
วัน เดือน ปีเกิด.....อายุตัว.....ปี อายุราชการ.....ปี
วันเกษียณอายุ.....ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....
ระดับ.....ส่วนราชการ.....
.....
ตั้งแต่.....อัตราเงินเดือน.....บาท
โทรศัพท์.....E-mail.....

๒. การดำรงตำแหน่ง

ดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....ตั้งแต่.....

๓. ความผิดทางวินัย เป็นผู้อยู่ระหว่าง

- ☐ ถูกสอบสวน.....เมื่อ.....
☐ ถูกลงโทษ.....เมื่อ.....
☐ ไม่มี

๔. วุฒิการศึกษา (โปรดแนบหลักฐาน)

- ☐ ปริญญาตรี.....สาขา.....
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....
☐ ปริญญาโท.....สาขา.....
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....
☐ ปริญญาเอก.....สาขา.....
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....
☐ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....เลขที่.....
วันออกใบอนุญาต.....วันหมดอายุ.....

๕. ข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน/ปรับปรุงงาน (ไม่เกิน ๒ หน้ากระดาษ A๔)

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จ หรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมิ่นสิทธิเข้ารับการประเมินบุคคลและหากได้รับการพิจารณาประเมินบุคคลแล้วจะถือว่าเป็นโมฆะ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเข้ารับการประเมินบุคคล
(.....)
(วันที่)/...../.....

๗. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

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

(ลงชื่อ)
(.....)
(ตำแหน่ง)
(วันที่)/...../.....

สถานที่ติดต่อ

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร.....E-mail.....