|  |
| --- |
| **เอกสารแสดงลักษณะงานที่ปฏิบัติในสายงานอื่น ซึ่งมีลักษณะหน้าที่และความรับผิดชอบ** |
| **เกี่ยวข้องในสายงานที่จะแต่งตั้ง** |
| ของ ..................................................................................... ตำแหน่ง ............................................................................. |
| ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง............................................................................................................................ |
| หน้าที่ความรับผิดชอบและลักษณะงานที่ปฏิบัติ (ปัจจุบัน)ตำแหน่ง.........................................................................ตั้งแต่ .......................................ถึง .................................. | หน้าที่ความรับผิดชอบและลักษณะงานในตำแหน่งที่จะแต่งตั้งตำแหน่ง..................................................................................ตั้งแต่ ................................................ถึง ................................ |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|  |  |
|  |  |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
| ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ |
|  |  |
|  | (ลงชื่อ)……………………………………. ผู้ขอประเมิน |
|   |  (..................................................) |
|   | ตำแหน่ง ................................................ |
|   | วันที่ ................../...................../................. |
|  |  |
| **คำรับรองของผู้บังคับบัญชา** (ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล) |
|  ได้ตรวจสอบลักษณะงานที่ปฏิบัติของ*………….….(ชื่อผู้ขอประเมิน)…………...* แล้วเห็นว่าถูกต้องตรงตาม |
| ความเป็นจริงทุกประการ |  |
|  ความเห็นอื่น ๆ (ถ้ามี) .............................................................................................................................................. |
| ....................................................................................................................................................................................................................... |
|  |  |
|  | (ลงชื่อ)……………………………….......…….  |
|  |  (..................................................) |
|  | ตำแหน่ง ................................................ |
|  | วันที่ ................../...................../................. |

|  |  |
| --- | --- |
| **คำรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป** |  |
|  ( ) เห็นด้วย |  |
|  ( ) ไม่เห็นด้วย เนื่องจาก..................................................................................................................... |
| ....................................................................................................................................................................................... |
|  |  |
|  | (ลงชื่อ)……………………………….......…….  |
|  |  (..................................................) |
|  | ตำแหน่ง ................................................ |
|  | วันที่ ................../...................../................. |
|  |  |
|  |  |
| **ความเห็นของหัวหน้าหน่วยงานเจ้าของตำแหน่ง (นพ. สสจ. / ผอ. รพศ. / ผอ. รพท. )** |
|  ( ) เห็นชอบ มีหน้าที่ความรับผิดชอบ และลักษณะงานที่ปฏิบัติเกี่ยวข้องและเกื้อกูลกับ |
| ตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้ง ไม่น้อยกว่า 1 ปี |  |
|  ( ) ไม่เห็นชอบ มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ไม่เกี่ยวข้องหรือเกื้อกูลกับตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้ง |
|  |  |
|  | (ลงชื่อ)……………………………….......…….  |
|  |  (..................................................) |
|  | ตำแหน่ง ................................................ |
|  | วันที่ ................../...................../................. |
|  |  |
| **หมายเหตุ** คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และ |
| ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน  |
| ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้ |  |

- 2 -