|  |  |
| --- | --- |
| **เอกสารแสดงลักษณะงานที่ปฏิบัติในสายงานอื่น ซึ่งมีลักษณะหน้าที่และความรับผิดชอบ** | |
| **เกี่ยวข้องในสายงานที่จะแต่งตั้ง** | |
| ของ ..................................................................................... ตำแหน่ง ............................................................................. | |
| ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง............................................................................................................................ | |
| หน้าที่ความรับผิดชอบและลักษณะงานที่ปฏิบัติ (ปัจจุบัน)  ตำแหน่ง.........................................................................  ตั้งแต่ .......................................ถึง .................................. | หน้าที่ความรับผิดชอบและลักษณะงานในตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง  ตำแหน่ง..................................................................................  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 -