



แบบประเมินศักยภาพบุคคล
(กรณีการรับเงินประจำตำแหน่งสำหรับตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ)
ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ของ

ชื่อ-นามสกุล

ตำแหน่ง/ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....

ส่วนราชการ.....

ขอประเมินบุคคลเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่ง/ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....

ส่วนราชการ.....



แบบประเมินศักยภาพ

(กรณีการรับเงินประจำตำแหน่งสำหรับตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ)

ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับการประเมิน

๑. ชื่อ-นามสกุล.....
๒. ตำแหน่ง(ปัจจุบัน) ตำแหน่งเลขที่
- งาน/ฝ่าย/กลุ่ม
- กอง/ศูนย์/สำนัก
- ดำรงตำแหน่งปัจจุบันเมื่อ.....อัตราเงินเดือนปัจจุบัน
๓. ขอประเมินเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่งเลขที่
- งาน/ฝ่าย/กลุ่ม
- กอง/ศูนย์/สำนัก กรม
๔. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่ขอรับเงินประจำตำแหน่ง.....ปี.....เดือน
๕. ประวัติส่วนตัว (จาก ก.พ. ๗)
- เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.
- อายุราชการ ปี เดือน
๖. ประวัติการศึกษา (ให้ระบุวุฒิทุกวุฒิที่ได้รับตั้งแต่แรกบรรจุ)
- | คุณวุฒิและวิชาเอก
(ปริญญา/ปริญญาบัตร) | ปีที่สำเร็จการศึกษา | สถาบัน |
|--|---------------------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |
๗. ประวัติการรับราชการ
- | วัน เดือน ปี
(ตั้งแต่วันที่-วันที่) | ตำแหน่ง | อัตราเงินเดือน | สังกัด |
|--|---------|----------------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับการประเมิน (ต่อ)

๘. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งที่ดำรงอยู่ หรือที่ได้รับมอบหมาย ณ ปัจจุบัน
-
-

9. คุณลักษณะที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงานในตำแหน่งดังกล่าว

9.1 ความรู้ (ระบุนความรู้ในด้านต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อปฏิบัติงานในตำแหน่ง)

.....

.....

.....

9.2 ความสามารถ (ระบุนความสามารถที่จำเป็นต้องใช้เพื่อปฏิบัติงานในตำแหน่ง)

.....

.....

.....

9.3 ทักษะความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ที่จำเป็น

.....

.....

.....

9.4 คุณลักษณะอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน

.....

.....

.....

ขอรับรองว่าข้อรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้ขอรับการประเมิน

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือนพ.ศ.

ส่วนที่ 2 การประเมินศักยภาพบุคคล (สำหรับผู้บังคับบัญชา) คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน		
ก. การประเมินของผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมกำกับดูแลการปฏิบัติงาน		
รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
๑. <u>ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน</u> มีความรู้ความชำนาญ ความสามารถในงานที่ปฏิบัติ โดยพิจารณาจากประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพจากการปฏิบัติงาน สามารถแก้ไขปรับปรุงงานให้บรรลุผลสำเร็จได้เป็นอย่างดี และการพัฒนาปรับปรุงงานที่ปฏิบัติให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น	30	
2. <u>คุณภาพของงาน</u> พิจารณาจากความสามารถในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย โดยคำนึงถึงความสำเร็จในเวลาที่กำหนด ความถูกต้องแม่นยำ ความครบถ้วนสมบูรณ์ และความเป็นระเบียบเรียบร้อยของงาน	25	
3. <u>ความรับผิดชอบ</u> พิจารณาจากความตั้งใจ ความเต็มใจและความมุ่งมั่นที่จะทำงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จและเป็นผลดีแก่ทางราชการ มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ตลอดจนไม่ละเลยต่องานและพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลของงานที่เกิดขึ้น	25	
4. <u>ความประพฤติและความสามารถในการปฏิบัติงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานอย่างมีประสิทธิภาพ</u> พิจารณาจากความเอาใจใส่ในหน้าที่ กระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน อุทิศเวลาให้กับทางราชการ มีความขยันหมั่นเพียรตลอดจนความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น ยอมรับฟัง ความคิดเห็นของผู้อื่น และ ยอมรับในความสามารถของผู้ร่วมงานทุกระดับ	20	
รวมคะแนน	100	
หมายเหตุ ผู้ที่ผ่านการประเมินจะต้องได้รับการพิจารณาให้ “ผ่าน” จากผู้บังคับบัญชาผู้มีหน้าที่ประเมินศักยภาพ โดยจะต้องได้รับคะแนนในแต่ละองค์ประกอบไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และได้คะแนนรวมทุกองค์ประกอบไม่น้อยกว่าร้อยละ 60		

(ลงชื่อ).....(ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข. การประเมินของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

() เห็นด้วย

() ไม่เห็นด้วย

เนื่องจาก.....
.....
.....

(ลงชื่อ)ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่เดือนพ.ศ.....

() เห็นด้วย

() ไม่เห็นด้วย

เนื่องจาก.....
.....
.....

(ลงชื่อ)

(นายไกรสุข เพชรสมบูรณ์)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
วันที่เดือนพ.ศ.....

หมายเหตุ กรณีข้าราชการที่มาปฏิบัติราชการ ให้ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลผู้ที่มาปฏิบัติราชการและ ผู้
บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ดำเนินการประเมินศักยภาพของข้าราชการผู้นั้น และส่งผลการประเมิน
ให้ส่วนราชการต้นสังกัดดำเนินการจัดทำคำสั่งให้ข้าราชการพลเรือนสามัญได้รับเงินประจำตำแหน่งต่อไป