

ใบแสดงความจำนงขอสมัครสอบเพื่อศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน ปฏิบัติการวิจัย

เขียนที่.....

วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก..... (จำเป็นต้องระบุ)
2. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน (นับถึงวันเปิดการศึกษา)
3. ปัจจุบันเป็น () ข้าราชการ () ลูกจ้างประจำ () ลูกจ้างชั่วคราว () อื่นๆ ระบุ.....
4. ส่วนราชการ ที่เบิกจ่ายเงินเดือน (จ.18).....
ปฏิบัติงานจริงที่.....ฝ่าย/กลุ่มงาน.....
5. ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข
5.1 ตำแหน่ง.....ระดับ.....ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ตำแหน่ง.....ระดับ.....ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ตำแหน่ง.....ระดับ.....ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
รวมระยะเวลาปฏิบัติงาน.....ปีเดือน (นับถึงวันเปิดการศึกษา)
5.2 ตำแหน่งทางการบริหาร (เฉพาะหลักสูตรทางการบริหาร)
ตำแหน่ง.....ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ตำแหน่ง.....ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ตำแหน่ง.....ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
รวมระยะเวลาปฏิบัติงาน.....ปีเดือน (นับถึงวันเปิดการศึกษา)
หมายเหตุ ให้ระบุวันที่ดำรงตำแหน่ง อย่างชัดเจน พร้อมแนบหลักฐาน คำสั่งของตำแหน่งทางการบริหาร
เนื่องจากการจัดเรียงลำดับ ก่อน-หลัง จะยึดตามวันที่ดำรงตำแหน่งทางการบริหาร
6. การศึกษาสามัญ จบชั้น.....แผนก.....เมื่อ พ.ศ.....
จากโรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....
7. การศึกษาระดับวิชาชีพ ได้รับประกาศนียบัตร อนุปริญญาหรือปริญญา
ชื่อวุฒิการศึกษา.....สถาบัน.....เมื่อวันที่.....
ชื่อวุฒิการศึกษา.....สถาบัน.....เมื่อวันที่.....
ชื่อวุฒิการศึกษา.....สถาบัน.....เมื่อวันที่.....
8. เคยรับการอบรมเรื่อง.....สถาบัน.....เมื่อวันที่.....
9. เคยดูงานหรือศึกษาในต่างประเทศ
หลักสูตร.....ประเทศ.....ตั้งแต่.....ถึง.....

10. ครั้งสุดท้ายได้ลาไปศึกษาหลักสูตร.....สาขาวิชา.....
สถาบัน.....ระยะเวลา.....ปี.....เดือน ตั้งแต่.....ถึง.....
ต้องปฏิบัติราชการชดใช้มีกำหนด.....ปี.....เดือน ตั้งแต่.....ถึง.....

11. ในครั้งนี้ ข้าพเจ้าแสดงความจำนงขอสมัครสอบ

เพื่อศึกษาเพิ่มเติม ฝึกอบรม ดูงาน ปฏิบัติการวิจัย ประจำปีการศึกษา 2564

หลักสูตร.....สาขาวิชา.....

11.1 () ศึกษาเพิ่มเติม (ภาคปกติ) () ฝึกอบรม () ปฏิบัติการวิจัย () ดูงาน
ระยะเวลาปี.....เดือน ณเปิดการศึกษาวันที่.....

11.2 ระดับการศึกษา () ระยะสั้น(ไม่เกิน 4เดือน) () ประกาศนียบัตร () อนุปริญญา
() ปริญญาตรี () ปริญญาโท () ปริญญาเอก
() แพทย์เฉพาะทาง/ทันตแพทย์เฉพาะทาง () อื่นๆ ระบุ.....

11.3 กรอบอัตรากำลังที่มีอยู่ในตำแหน่งของผู้ที่แสดงความจำนงฯ ตามปฏิบัติจริง (คน)

กรอบอัตรากำลังขั้นต่ำ	ปฏิบัติจริง (จำนวนคน)	เกิน (จำนวนคน)	ขาด (จำนวนคน)

11.4 ข้อมูลผู้สำเร็จการศึกษา หรือผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตร/สาขา ที่ต้องการศึกษา ฝึกอบรมในหน่วยงาน

จำนวน (คน)	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงความจำนง
(.....)

ความเห็นและคำรับรองของผู้บังคับบัญชา

(ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ สาธารณสุขอำเภอ หรือ หัวหน้ากลุ่มงาน/งานใน สสจ. หรือ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น หรือ ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เป็นผู้ออกความเห็นและให้คำรับรอง)

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง

ได้ตรวจใบแสดงความจำนงขอสมัครสอบของ (นาย/นาง/นางสาว).....แล้ว

ขอรับรองว่า

1. หลักสูตร/สาขาและระดับความรู้ที่ให้ไปศึกษาเพิ่มเติมสอดคล้องเป็นประโยชน์กับงาน หรือตำแหน่งที่ดำรงอยู่ โดย เป็นความต้องการพัฒนาตาม service plan ของหน่วยงาน เป็นความต้องการและความจำเป็นของหน่วยงาน เนื่องจาก อื่นๆ ระบุ.....
 2. ได้พิจารณาถึงอัตรากำลังที่มีอยู่ โดยให้มีผู้ปฏิบัติงานเพียงพอไม่ให้เกิดเสียหายต่อราชการ และไม่ต้องการอัตรากำลังเพิ่ม
 3. เป็นผู้มีความประพฤติ.....ผลการปฏิบัติงาน.....
- และเห็นสมควรอนุญาตให้สมัครเข้าศึกษาต่อหรือฝึกอบรมได้ตามความประสงค์เพราะจะเกิดประโยชน์แก่ราชการ คือ
-

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

การพิจารณาอนุญาต (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)

() อนุญาต () ไม่อนุญาต

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....