

ใบแสดงความจำนงขอสมัครสอบเพื่อศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน ปฏิบัติการวิจัย

เขียนที่.....

วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....
เลขที่ตำแหน่ง.....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก..... (จำเป็นต้องระบุ)
2. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน (นับถึงวันที่ 1 ม.ค. 2565)
3. ปัจจุบันเป็น () ข้าราชการ () ลูกจ้างประจำ () ลูกจ้างชั่วคราว () อื่นๆ ระบุ.....
4. ส่วนราชการ ที่เบิกจ่ายเงินเดือน (จ.18).....
ปฏิบัติงานจริงที่.....ฝ่าย/กลุ่มงาน.....
ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข ตำแหน่ง.....ระดับ.....
วันบรรจุเข้ารับราชการ วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุราชการ.....ปี.....เดือน.....วัน (นับถึงวันที่ 1 ม.ค. 2565)
5. 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.....
รวมระยะเวลาปฏิบัติงานทางการบริหาร.....ปีเดือน (นับถึงวันที่ 1 ม.ค. 2565)
หมายเหตุ ให้ระบุวันที่ดำรงตำแหน่งอย่างชัดเจน **พร้อมแนบหลักฐานคำสั่ง**ของตำแหน่งทางการบริหาร
เนื่องจากการจัดเรียงลำดับ ก่อน-หลัง จะยึดตามวันที่ดำรงตำแหน่งทางการบริหาร
6. การศึกษาสามัญ จบชั้น.....แผนก.....เมื่อ พ.ศ.....
จากโรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....
7. การศึกษาระดับวิชาชีพ ได้รับประกาศนียบัตร อนุปริญญาหรือปริญญา
ชื่อวุฒิการศึกษา.....สถาบัน.....เมื่อวันที่.....
8. เคยรับการอบรมเรื่อง.....สถาบัน.....เมื่อวันที่.....
9. เคยดูงานหรือศึกษาในต่างประเทศ
หลักสูตร.....ประเทศ.....ตั้งแต่.....ถึง.....
10. ครั้งสุดท้ายได้ลาไปศึกษา (หากมีต้องระบุ) หลักสูตร.....สาขาวิชา.....
สถาบัน.....ระยะเวลา.....ปี.....เดือน ตั้งแต่.....ถึง.....
ต้องปฏิบัติราชการขดใช้มีกำหนด.....ปี.....เดือน ตั้งแต่.....ถึง.....

11. ในครั้งนี้ ข้าพเจ้าแสดงความจำนงขอสมัครสอบเพื่อศึกษาเพิ่มเติม ฝึกอบรม ดูงาน ปฏิบัติการวิจัย
ประจำปีการศึกษา 2565

หลักสูตร.....สาขาวิชา.....

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

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

11.3 ข้าพเจ้ามีรายชื่อระบุในแผนพัฒนาบุคลากร (HR 02)
() มีรายชื่อ () ไม่มีรายชื่อ

12. สำหรับผู้แสดงความจำนงขอสมัครสอบเพื่อศึกษาต่อในระดับปริญญาเอก

12.1 ภารกิจ/หน้าที่ความรับผิดชอบของหลักสูตรที่จะไปศึกษาต่อ สอดคล้องกับภารกิจตามโครงสร้างหน่วย
บริหารและบริการ หรือภารกิจของ Service Plan อย่างไร

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

12.2 เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องการไปศึกษา

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

12.3 การนำความรู้จากหลักสูตร/สาขา ที่ขอศึกษาต่อไปใช้ประโยชน์ในการทำงาน

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

12.4 พร้อมแนบรายละเอียดหลักสูตรที่ขอศึกษาต่อในระดับปริญญาเอก

หมายเหตุ ข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ที่ต้องการศึกษาต่อในระดับปริญญาเอก สามารถขอแสดงความจำนงกับหน่วยงานที่ผ่านการอนุมัติการจัดสรรโควตาระดับปริญญาเอกได้ โดยเมื่อผู้บังคับบัญชา ระดับต้น (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ) ของหน่วยงานต้นสังกัดลงนามในใบแสดงความจำนงแล้ว จะถือว่าผู้บังคับบัญชา ระดับต้นได้อนุมัติและให้ความเห็นชอบในการขอย้ายไปปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีการจัดสรร โควตาเมื่อจบการศึกษากลับมา โดยหน่วยงานต้นสังกัดจะต้องไม่ขออัตรากำลังทดแทน

(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 และไม่ต้องอัตรากำลังเพิ่ม

3. เป็นผู้มีความประพฤติ.....ผลการปฏิบัติงาน.....

และเห็นสมควรอนุญาตให้สมัครเข้าศึกษาต่อหรือฝึกอบรมได้ตามความประสงค์เพราะจะเกิดประโยชน์แก่ราชการ คือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

การพิจารณาอนุญาต (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)

() อนุญาต () ไม่อนุญาต

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....