



ประกาศโรงพยาบาลอุดรธานี
เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการ เพื่อรับย้าย/รับโอน ให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ
ประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ
โรงพยาบาลอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ด้วยโรงพยาบาลอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี มีความประสงค์รับสมัครคัดเลือกข้าราชการ เพื่อรับย้าย/รับโอน ให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ จำนวน ๑ อัตรา ตำแหน่งเลขที่ ๖๕๙๐๔ สังกัดกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ จึงประกาศรับสมัครคัดเลือก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. ตำแหน่งที่รับย้าย/รับโอน จำนวน ๑ อัตรา ดังนี้

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๖๕๙๐๔ สังกัดกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำนวน ๑ อัตรา

๒. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการคัดเลือก

๑. มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง
๒. ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ

๓. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร

ให้ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกยื่นใบสมัครและเอกสารต่าง ๆ ตามที่คณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ กำหนด ได้ที่กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ตั้งแต่วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๘ ในวันและเวลาราชการ

๔. เอกสารที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร

๑. ใบสมัครเข้ารับการคัดเลือก ตามแบบที่แนบท้าย
๒. แบบประเมินบุคคล (กรณีการย้ายและการโอน)
๓. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) เช่น สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาวุฒิการศึกษา สำเนาทะเบียนประวัติ (ก.พ. ๗) ฯลฯ

๕. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก

๕.๑ ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนที่จะแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งนับถึงวันที่ปิดรับสมัคร

๕.๒ การพิจารณาคัดเลือกบุคคลจะพิจารณาจากองค์ประกอบและกำหนดคะแนนในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

๕.๒.๑ ข้อมูลบุคคล ได้แก่ ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติทางวินัย และผลการปฏิบัติราชการ (๒๐ คะแนน)

/๕.๒.๒ ความรู้...

๕.๒.๒ ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้อง
เหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง (๓๐ คะแนน)

๕.๒.๓ ผลสัมฤทธิ์ของงาน (ผลสำเร็จของงานที่ผ่านมา) (๔๐ คะแนน)

๕.๒.๔ อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร (๑๐ คะแนน)

- การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ เสียสละ

๕.๓ วิธีการคัดเลือก จะพิจารณาจากใบสมัคร ผลงาน ประวัติการรับราชการ อาจใช้วิธี
สัมภาษณ์ สอบข้อเขียน หรือใช้วิธีการอื่นใดเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะแสดงออกถึงความรู้ ความสามารถ
และความเหมาะสมของผู้สมัครตามที่ได้ประกาศไว้ในประกาศรับสมัครก็ได้ ทั้งนี้ ผู้ได้รับการคัดเลือกจะต้อง
ได้รับคะแนนรวมเฉลี่ยสูงสุด โดยได้คะแนนรวมเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายมนตรี ดวงจันทร์ทอง)

รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี

แบบใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกข้าราชการเพื่อรับย้าย/รับโอน
ให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ
สังกัดกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
โรงพยาบาลอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

รูปถ่าย
๑/๑.๕ นิ้ว

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ - นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....
วัน / เดือน / ปีเกิดอายุ.....ปี.....เดือน (นับถึงวันปิดรับสมัคร)
สัญชาติ.....เกิดที่.....จังหวัด.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
วันหมดอายุ.....สถานที่ออกบัตร.....

๒. สถานที่ติดต่อได้สะดวกรวดเร็ว

บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....
เลขที่ห้อง.....ชั้น.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....
E-mail.....

๓. สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ อื่นๆ.....

๔. ชื่อ - นามสกุลบิดา.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

ชื่อ - นามสกุลมารดา.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

๕. อาชีพปัจจุบัน.....ตำแหน่ง.....

อายุการทำงาน.....ปี สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๖. ประวัติการศึกษา/ฝึกอาชีพ

คุณวุฒิที่ได้รับ	สาขาวิชา /วิชาเอก	คะแนน เฉลี่ยตลอด หลักสูตร	ชื่อสถานศึกษา	ปี พ.ศ.ที่ สำเร็จ การศึกษา
มัธยมศึกษาตอนต้น				
มัธยมศึกษาตอนปลาย				
ปวช.				
ปวส.				
ปริญญาตรี				
ปริญญาโท				
กำลังศึกษาต่อ/อื่นๆ				

๗. ประวัติการทำงาน

ชื่อสถานที่ทำงาน	ประเภทตำแหน่ง/ ลักษณะงานที่รับผิดชอบ	ระยะเวลา (เดือน/ปี)	สาเหตุที่ลาออก

๘. ประวัติการฝึกอบรม/หลักสูตรที่อบรมต่างๆ ที่สำคัญ

หลักสูตร	หน่วยงานที่ฝึกอบรม	ปี พ.ศ. ที่ ฝึกอบรม

๙. ความรู้ความสามารถพิเศษ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่แจ้งไว้ในใบสมัครนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัครเข้ารับการประเมิน

(.....)

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.....