



ประกาศจังหวัดอุดรดิตต์

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการให้ปฏิบัติหน้าที่รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
โรงพยาบาลอุดรดิตต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตต์

ด้วย จังหวัดอุดรดิตต์ จะดำเนินการคัดเลือกข้าราชการให้ปฏิบัติหน้าที่รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรดิตต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตต์ อาศัยอำนาจตามความในหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๑๐.๐๓๖/ว ๑๗๕ ลงวันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๕๐ และหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๓๖/ว ๘๘๕ ลงวันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ จึงประกาศรับสมัครคัดเลือกข้าราชการให้ปฏิบัติหน้าที่รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ ๑ ดังนี้

๑. ตำแหน่งที่จะคัดเลือก

- ตำแหน่งรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ ๑ โรงพยาบาลอุดรดิตต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตต์ จำนวน ๑ ตำแหน่ง

๒. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์เข้ารับการคัดเลือก

- เป็นข้าราชการตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (นายแพทย์ ๘ เดิม) หรือตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ (นายแพทย์ ๙ เดิม) ในสังกัดโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั่วประเทศ ที่ปฏิบัติหรือเคยปฏิบัติหน้าที่ไม่ต่ำกว่าหัวหน้ากลุ่มงาน มาแล้ว ไม่น้อยกว่า ๑ ปี

๓. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

คนที่ ๑ (ตามเอกสารแนบท้าย)

๔. การรับสมัคร

๔.๑ รับสมัครภายในโรงพยาบาล ให้ผู้ประสงค์จะสมัครขอรับทราบรายละเอียดการสมัคร และยื่นใบสมัครด้วยตนเองได้ที่ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล กลุ่มอำนาจการ โรงพยาบาลอุดรดิตต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตต์ โทร. ๐ ๕๕๘๓ ๐๗๘๐

๔.๒ รับสมัครภายนอก เรียบหนังสือการสมัครถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่งทั่วประเทศ

๔.๓ ให้ผู้ประสงค์สมัครเข้ารับการคัดเลือก ส่งใบสมัครและเอกสารต่าง ๆ ตามที่กำหนด จำนวน ๒ ชุด ได้ที่ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล กลุ่มอำนาจการ โรงพยาบาลอุดรดิตต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตต์ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ถึงวันที่ 31 ต.ค. 2556 ในวันและเวลาราชการ โดยสามารถดูรายละเอียดได้ที่ www.uttaradit-hosp.go.th

หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล กลุ่มอำนาจการ โรงพยาบาลอุดรดิตต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตต์ โทร. ๐ ๕๕๘๓ ๐๗๘๐

/๕. เอกสาร...

๕. เอกสารที่ต้องส่งในการสมัคร

๕.๑	ใบสมัคร	จำนวน	๒	ชุด
๕.๒	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	๒	ชุด
๕.๓	สำเนาวุฒิการศึกษา	จำนวน	๒	ชุด
๕.๔	สำเนาทะเบียนประวัติราชการ (ก.พ.๗)	จำนวน	๒	ชุด
๕.๕	สำเนาคำสั่งมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ ไม่ต่ำกว่าหัวหน้ากลุ่มงาน	จำนวน	๒	ชุด

๖. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก

- คณะกรรมการคัดเลือกฯ จะดำเนินการคัดเลือก โดยพิจารณาจากเอกสารข้อมูลของผู้สมัคร ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ และใช้วิธีการสัมภาษณ์ หรือวิธีการอื่นใดแล้วแต่กรณีตามความเหมาะสม

๗. การแต่งตั้ง

๗.๑ คณะกรรมการคัดเลือกฯ เสนอรายชื่อผู้เหมาะสมตำแหน่งละไม่เกิน ๕ คน และไม่น้อยกว่า ๒ คน พร้อมเหตุผลประกอบการพิจารณา ส่งให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเสนอขอความเห็นชอบจากผู้ตรวจราชการกระทรวงประจำสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๒

๗.๒ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบและแต่งตั้ง

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

(นายอนากร อัจฉิตโรไพศาล)
ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี

แบบฟอร์มใบสมัครเข้ารับการศึกษาเพื่อแต่งตั้งให้ดำรง
ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

ติดรูปถ่าย

ประสงค์จะสมัคร ตำแหน่งรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่กำหนด

คนที่ ๑ คนที่ ๒ คนที่ ๑ และ คนที่ ๒

๑. ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....
วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ..... ปีเดือน อายุราชการ ปี.....เดือน
วันเกษียณอายุราชการ วันที่.....เดือน.....ปี.....
ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง (ตาม จ. ๑๘).....
ประเภท..... ระดับ.....
ฝ่าย/กลุ่มงาน..... โรงพยาบาล.....
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....บาท
เบอร์โทรศัพท์..... E-mail

๒. เคยได้รับรางวัล

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

- เคยได้รับการพิจารณาความดีความชอบเป็นกรณีพิเศษ ๒ ชั้น จำนวน..... ครั้ง พ.ศ.

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

๓. วิสัยทัศน์/ความคาดหวัง

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

๔. อุดมการณ์ของท่าน คือ

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิ์ได้รับการคัดเลือก และหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับการคัดเลือก

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

๕. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

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

ลงชื่อ.....

(นายทรงวุฒิ ทรัพย์ทวีสิน)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุตรดิตถ์

วันที่.....