



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. ขอประเมินเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง.....ตำแหน่งเลขที่.....
- 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<br>(ปริญญา/ปริญญาบัตร) | ปีที่สำเร็จการศึกษา | สถาบัน |
|--|---------------------|--------|
| .....                                    | .....               | .....  |
| .....                                    | .....               | .....  |
| .....                                    | .....               | .....  |
๗. ประวัติการรับราชการ
- | วัน เดือน ปี<br>(ตั้งแต่วันที่-วันที่) | ตำแหน่ง | อัตราเงินเดือน | สังกัด |
|--|---------|----------------|--------|
| .....                                  | .....   | .....          | .....  |
| .....                                  | .....   | .....          | .....  |
| .....                                  | .....   | .....          | .....  |
| .....                                  | .....   | .....          | .....  |
| .....                                  | .....   | .....          | .....  |

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับการประเมิน (ต่อ)

๘. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งที่ดำรงอยู่ หรือที่ได้รับมอบหมาย ณ ปัจจุบัน .....

.....

๙. คุณลักษณะที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงานในตำแหน่งดังกล่าว

๙.๑ ความรู้ (ระบุนิยามความรู้ในด้านต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อปฏิบัติงานในตำแหน่ง)

.....

.....

๙.๒ ความสามารถ (ระบุนิยามความสามารถที่จำเป็นต้องใช้เพื่อปฏิบัติงานในตำแหน่ง)

.....

.....

๙.๓ ทักษะความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ที่จำเป็น

.....

.....

๙.๔ คุณลักษณะอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน

.....

.....

ขอรับรองว่าข้อมูลรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....ผู้ขอรับการประเมิน

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่.....เดือน .....พ.ศ. ....

ส่วนที่ ๒ การประเมินศักยภาพบุคคล (สำหรับผู้บังคับบัญชา) คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน		
ก. การประเมินของผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมกำกับดูแลการปฏิบัติงาน		
รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
<b>๑. ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน</b> มีความรู้ความชำนาญ ความสามารถในการงานที่ปฏิบัติ โดยพิจารณาจากประสิทธิภาพ ประสิทธิผลจากการปฏิบัติงาน สามารถแก้ไขปรับปรุงงานให้บรรลุผลสำเร็จได้เป็นอย่างดี และการพัฒนาปรับปรุงงานที่ปฏิบัติให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น	๓๐	
<b>๒. คุณภาพของงาน</b> พิจารณาจากความสามารถในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย โดยคำนึงถึงความสำเร็จในเวลาที่กำหนด ความถูกต้องแม่นยำ ความครบถ้วนสมบูรณ์ และความเป็นระเบียบเรียบร้อยของงาน	๒๕	
<b>๓. ความรับผิดชอบ</b> พิจารณาจากความตั้งใจ ความเต็มใจและความมุ่งมั่นที่จะทำงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จและเป็นผลดีแก่ทางราชการ มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ตลอดทั้งไม่ละเลยต่องานและพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลของงานที่เกิดขึ้น	๒๕	
<b>๔. ความประพฤติและความสามารถในการปฏิบัติงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานอย่างมีประสิทธิภาพ</b> พิจารณาจากความเอาใจใส่ในหน้าที่ กระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน อุทิศเวลาให้กับทางราชการ มีความขยันหมั่นเพียรตลอดจนความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น และ ยอมรับในความสามารถของผู้ร่วมงานทุกระดับ	๒๐	
<b>รวมคะแนน</b>	<b>๑๐๐</b>	
<b>หมายเหตุ</b> ผู้ที่ผ่านการประเมินจะต้องได้รับการพิจารณาให้ “ผ่าน” จากผู้บังคับบัญชาผู้มีหน้าที่ประเมินศักยภาพ โดยจะต้องได้รับคะแนนในแต่ละองค์ประกอบไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ และได้คะแนนรวมทุกองค์ประกอบไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐  (ลงชื่อ).....(ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล) (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....		

ข. การประเมินของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

( ) เห็นด้วย

( ) ไม่เห็นด้วย

เนื่องจาก.....  
.....  
.....

(ลงชื่อ) .....ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป  
(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....เดือน .....พ.ศ.....

**หมายเหตุ** กรณีข้าราชการที่มาปฏิบัติราชการ ให้ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลผู้ที่มาปฏิบัติราชการและผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ดำเนินการประเมินศักยภาพของข้าราชการผู้นั้น และส่งผลการประเมินให้ส่วนราชการต้นสังกัดดำเนินการจัดทำคำสั่งให้ข้าราชการพลเรือนสามัญได้รับเงินประจำตำแหน่งต่อไป