



824  
22 พ.ย. 64

ที่ นศ ๐๐๓๒.๐๐๙/๒๕๖๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช  
ถนนเทวบุรี นศ ๘๐๐๐๐

๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง ยื่นแสดงความจำนงเพื่อศึกษา/ฝึกอบรม ตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง  
สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และหัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

- |                  |   |              |
|------------------|---|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารและวางแผนกำลังคนฯ       | จำนวน ๑ ชุด  |
|                  | ๒. แบบฟอร์มสรุปรายชื่อผู้ยื่นแสดงความจำนงลาศึกษา/ฝึกอบรมฯ | จำนวน ๑ ฉบับ |
|                  | ๓. ใบแสดงความจำนงขอมีสหิทธิสมัครสอบเพื่อศึกษา/ฝึกอบรมฯ    | จำนวน ๑ ฉบับ |

ตามที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เพื่อกำหนดหลักสูตรและจำนวนโควตาผู้มีสิทธิสมัครสอบเพื่อลาศึกษา/ฝึกอบรม ทั้งระยะสั้น (๔-๖ เดือน) และหลักสูตร ๑ ปีขึ้นไป ในทุกสาขาวิชาชีพ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ขอส่งนโยบายการกำหนดหลักสูตรเพื่ออนุมัติให้บุคลากรลาศึกษา/ฝึกอบรม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ และหากหน่วยงานของท่าน มีบุคลากรประสงค์จะสมัครเพื่อศึกษา/ฝึกอบรม ในหลักสูตรตามสิ่งที่ส่งมาด้วย (๑) สามารถส่งใบแสดงความจำนงฯ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒-๓) มายังกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ เพื่อนำเข้าคณะกรรมการบริหารและวางแผนกำลังคนระดับจังหวัด พิจารณาอนุมัติต่อไป หากส่งมาภายหลังระยะเวลาที่กำหนดจะไม่รับพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

✓  ผู้อำนวยการ  
 ผู้อำนวยการ  
✓  ผู้อำนวยการ **สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช**

(นายจรัสพงษ์ สุขเกตุ)

ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ๒๖/๑๑/๖๓  
โทร. ๐ ๗๕๓ ๔๓๔๐ ๙-๑๐ ต่อ ๔๒๓  
โทรสาร. ๐ ๗๕๓๔ ๓๔๐๗

-๒๖๒/๑๑/๖๓

(นายสุธรรม บำรุงศักดิ์)  
สาธารณสุขอำเภอทุ่งใหญ่  
๒๓ III. ๒๕๖๔

ใบแสดงความจำนงขอมีสถิตีสมัครสอบเพื่อศึกษา / ฝึกอบรม ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕

เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ๒๕๖๕

๑. ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
๒. เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน.....
๓. ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....อัตราเงินเดือน.....บาท  
ตำแหน่งเลขที่.....ตำแหน่งตามจ.๑๘.....  
ปฏิบัติงานจริงที่ รพ./สสอ./รพ.สต.....อำเภอ.....โทร.....
๔. รับราชการในกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....  
รวมเวลารับราชการ(นับถึงวันเปิดการศึกษา).....ปี.....เดือน เบอร์ติดต่อ.....
๕. ตำแหน่งหน้าที่ตั้งแต่เริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน  
ตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานที่.....ตั้งแต่พ.ศ.....ถึง.....  
ตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานที่.....ตั้งแต่พ.ศ.....ถึง.....  
ตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานที่.....ตั้งแต่พ.ศ.....ถึง.....
๖. การศึกษาสูงสุด ระดับ.....จาก.....เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....
๗. วุฒิการศึกษาที่ใช้ในการสมัครสอบเพื่อลาศึกษาต่อ/ฝึกอบรม ระดับ.....
๘. ครั้งสุดท้ายได้ลาศึกษา/ฝึกอบรมหลักสูตร.....  
จากสถานศึกษา/สถานฝึกอบรม.....  
มีกำหนด.....เดือน ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....  
ต้องปฏิบัติราชการชดใช้ทุนมีกำหนด.....ปี.....เดือน ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....
๙. ขอแสดงความจำนงเพื่อเข้าศึกษาต่อ/ฝึกอบรม
- ๙.๑ หลักสูตร..... จำนวน.....เดือน  
ณ สถานศึกษา/สถานฝึกอบรม ๑.....เปิดการศึกษาเมื่อ.....  
๒.....เปิดการศึกษาเมื่อ.....  
 ภาคปกติ (เต็มเวลา)  ภาคพิเศษ (เสาร์-อาทิตย์)
- ๙.๒ หลักสูตร..... จำนวน.....เดือน  
ณ สถานศึกษา/สถานฝึกอบรม ๑.....เปิดการศึกษาเมื่อ.....  
๒.....เปิดการศึกษาเมื่อ.....  
 ภาคปกติ (เต็มเวลา)  ภาคพิเศษ (เสาร์-อาทิตย์)
- (ลงชื่อ)..... ความเห็นและคำรับรองหัวหน้างาน.....  
(.....)  
ตำแหน่ง..... (ลงชื่อ).....  
วันที่.....เดือน พ.ย. พ.ศ. ๒๕๖๕ ตำแหน่ง.....

ความเห็นและคำรับรองผู้บังคับบัญชา

(ลงชื่อ).....  
ตำแหน่ง.....