ที่ มส ๐๐๓๓.๐๐๘/ว๑๓๒๔

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน
ถนนขุนลุมประพาส มส ๕๘๐๐๐

๙ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การคัดเลือกรางวัล “พยาบาลชุมชนดีเด่น” ประจำปี พ.ศ.๒๕๖๖

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสังวาลย์, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ขั้นตอนการสมัครฯ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอความอนุเคราะห์ดำเนินการประชาสัมพันธ์การคัดเลือกรางวัล “พยาบาลชุมชนดีเด่น” ประจำปี พ.ศ.๒๕๖๖ ในงานประชุมวิชาการพยาบาลชุมชนระดับชาติ ครั้งที่ ๑๕ ปี ๒๕๖๖ ระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๖ ณ โรงแรมบีพี สมิหลา บีช อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา โดยให้บุคลากรทางการพยาบาลในสังกัดของท่านที่ปฏิบัติงานด้านบริการปฐมภูมิ เข้ารับการคัดเลือกรางวัล โดยคณะกรรมการพยาบาลชุมชนระดับเขตสุขภาพจะดำเนินการคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในระดับโรงพยาบาล ๓ ระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับละ ๑ คน ส่งผลการคัดเลือกพร้อมเอกสารประกอบการคัดเลือกรางวัลภายในวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๖ นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ขอประชาสัมพันธ์การคัดเลือกรางวัลฯ ให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลในสังกัดของท่านที่ปฏิบัติงานด้านบริการปฐมภูมิ เข้ารับการคัดเลือกรางวัล ตามวัน เวลา ดังกล่าว รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ นางพัชราภรณ์ ขจรวัฒนากุล โทร. ๐๘ ๑๔๒๔ ๖๒๙๖

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายวรัญญู จำนงประสาทพร)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
โทร ๐ ๕๓๖๑ ๑๒๘๑ ต่อ ๑๑๐
โทรสาร ๐ ๕๓๖๑ ๑๓๒๒
สำเนาเรียน : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

ขั้นตอนการคัดเลือก "พยาบาลชุมชนดีเด่น" ประจำปี ๒๕๖๖

ผู้มีคุณสมบัติส่งรายงานแบบ ๑
(เพิ่มรูปถ่าย และใบประกอบวิชาชีพ อย่างละ ๑ ใบ)
ส่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ภายในวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖

↓

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดคัดเลือกพยาบาลชุมชนดีเด่น
ระดับละ ๑ คน (รพ.สต,รพช และรพศ/รพท)
โดยส่งเอกสาร รายงานแบบ ๑ และแบบ ๓
ให้ชมรมกรรมการพยาบาลชุมชน (แยกส่งตามระดับ)
ภายในวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๖

<u>ส่งเอกสาร</u>

๑. พยาบาลชุมชนดีเด่น ระดับ รพ.สต.
นายประมวณ อ้วนเลิง รพ.สต.บ้านหนองไผ่ มหาสารคาม
เบอร์ ๐๘๑- ๙๗๖๖๒๔๒
Email: Poppap49047@gmail.com

๒. พยาบาลชุมชนดีเด่น ระดับ รพช.
นายลิขิต แนบทางดี โรงพยาบาลพนมดงรักเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อ.พนมดงรัก จ.สุรินทร์ เบอร์ ๐๘๗-๒๔๑๕๙๔๗
Email: nlikit@hotmail.com

๓. พยาบาลชุมชนดีเด่น ระดับ รพศ./รพท.
ดร.นวลฉวี เพิ่มทองชูชัย
โทร ๐๘๙-๘๔๖๓๘๙๐
Email: Naulchavee_2506@yahoo.com

↓

คณะกรรมการคัดเลือกพยาบาลชุมชนดีเด่นพิจารณาคัดเลือกพยาบาลชุมชนดีเด่น รพ.สต,รพช และ รพศ/รพท ระดับเขต และระดับภาค และส่งเอกสาร รายงานแบบ ๑ และแบบ ๓ ให้คณะกรรมการคัดเลือกระดับประเทศ
ภายในวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖

<u>คณะกรรมการระดับเขต และระดับภาค</u>

๑. คณะกรรมการคัดเลือกพยาบาลชุมชนดีเด่น ชมรม รพ.สต จำนวน ๒๕ คน
๒. คณะกรรมการคัดเลือกพยาบาลชุมชนดีเด่น ชมรม รพช.จำนวน ๒๕ คน
๓. คณะกรรมการคัดเลือกพยาบาลชุมชนดีเด่น ชมรม รพศ/รพท.จำนวน ๒๕ คน

↓

คณะกรรมการคัดเลือกพยาบาลชุมชนดีเด่น
คัดเลือกระดับประเทศ
ภายในวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๖

<u>คณะกรรมการคัดเลือกพยาบาลชุมชนดีเด่น ระดับประเทศ</u>

๑. ผู้ทรงคุณวุฒิจากกองการพยาบาล
๒. ตัวแทนคณะกรรมการคัดเลือกพยาบาลชุมชนดีเด่น ชมรม รพ.สต. จำนวน ๒ คน
๓. ตัวแทนคณะกรรมการคัดเลือกพยาบาลชุมชนดีเด่น ชมรม รพช. จำนวน ๒ คน
๔. ตัวแทนคณะกรรมการคัดเลือกพยาบาลชุมชนดีเด่น ชมรม รพศ/รพท. จำนวน ๒ คน

↓

รับโล่ /รับเกียรติบัตร
วันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๖

รางวัลพยาบาลชุมชนดีเด่นระดับประเทศ ๓ รางวัล (โล่รางวัล)

๑.	รางวัลพยาบาลชุมชนดีเด่นระดับประเทศ (รพ.สต.)	จำนวน ๑ รางวัล
๒.	รางวัลพยาบาลชุมชนดีเด่นระดับประเทศ (รพช.)	จำนวน ๑ รางวัล
๓.	รางวัลพยาบาลชุมชนดีเด่นระดับประเทศ (รพ.ศ/รพ.ท.)	จำนวน ๑ รางวัล

รางวัลพยาบาลชุมชนดีเด่นระดับภาค จำนวน ๙ รางวัล (โล่รางวัล)

๑.	รางวัลพยาบาลชุมชนดีเด่นระดับเขต (รพ.สต.)	จำนวน ๔ รางวัล
๒.	รางวัลพยาบาลชุมชนดีเด่นระดับเขต (รพช.)	จำนวน ๔ รางวัล
๓.	รางวัลพยาบาลชุมชนดีเด่นระดับเขต (รพ.ศ/รพ.ท.)	จำนวน ๔ รางวัล

รางวัลพยาบาลชุมชนดีเด่นระดับเขต จำนวน ๒๔ รางวัล (เกียรติบัตร)

๑.	รางวัลพยาบาลชุมชนดีเด่นระดับเขต (รพ.สต.)	จำนวน ๗ รางวัล
๒.	รางวัลพยาบาลชุมชนดีเด่นระดับเขต (รพช.)	จำนวน ๗ รางวัล
๓.	รางวัลพยาบาลชุมชนดีเด่นระดับเขต (รพ.ศ/รพ.ท.)	จำนวน ๗ รางวัล

หลักเกณฑ์และคุณสมบัติ
รางวัล “พยาบาลชุมชนดีเด่น” ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖

รางวัล “พยาบาลชุมชนดีเด่น” คุณสมบัติของผู้เข้ารับการคัดเลือกในเบื้องต้น

๑. เป็นข้าราชการพลเรือน ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว สังกัดหน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสังกัดหน่วยงานอื่นๆ

๒ มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์ ที่ยังไม่หมดอายุ

๓. มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลชุมชน ติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า ๕ ปี นับถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖

๔. เป็นผู้ไม่เคยถูกลงโทษทางวินัยหรืออยู่ในระหว่างถูกสอบสวนทางวินัย

๕. เป็นผู้มีความประพฤติปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในการครองตน ครองคน ครองงาน และมีผลงานเชิงประจักษ์ด้านบริการพยาบาลชุมชน สมควรได้รับการยกย่อง เชิดชูเกียรติ

๖. เป็นสมาชิกสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย

๗. มีคุณธรรม มีความเมตตากรุณา (มีน้ำใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีจริยธรรมสูง มีมนุษยสัมพันธ์ดี ปรับตัวเข้ากับบุคคลได้ทุกระดับ และ พัฒนาตนเองอยู่เสมอ)

๘. มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล รักษาจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ และเป็นแบบอย่างด้านการพยาบาลที่ดี ประพฤติตนตามกฎหมาย กฎระเบียบแบบแผน มีศีลธรรมอันดี เป็นแบบอย่างแก่คนทั่วไปและเพื่อนร่วมงาน

๙. มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลชุมชน เป็นผู้นำด้านการพยาบาลชุมชน และพัฒนาทีมการพยาบาลชุมชนในการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล และทีมสุขภาพในเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๑๐. มีความสามารถในการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น สามารถจูงใจให้เกิดการยอมรับและให้ความร่วมมือ

๑๑. มีผลงานด้านบริการพยาบาลชุมชน ดีเด่นเป็นที่ประจักษ์

๑๒. ทำคุณประโยชน์ให้แก่ชุมชนและสังคมจนเป็นที่ยอมรับ

การจัดส่งเอกสาร

๑. เอกสารพยาบาลชุมชนดีเด่น ที่ส่งให้คณะกรรมการคัดเลือกพยาบาลชุมชนดีเด่น มีดังนี้

๑.๑ แบบประวัติของ **“พยาบาลชุมชนดีเด่น”** ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ (แบบ ๑) โดยกรอกข้อมูล และพิมพ์แบบฟอร์มดังกล่าวเพื่อลงนาม โดยจัดส่งแบบ ๑ พร้อมแนบสำเนาใบประกอบวิชาชีพ ๑ ฉบับ

๑.๒ แบบรายงานการคัดเลือก **“พยาบาลชุมชนดีเด่น”** ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ (แบบ ๓) ที่กรอกข้อความถูกต้องและครบถ้วน ๑ ชุด

๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่งเอกสารการคัดเลือก แบบรายงานที่ ๑ และแบบรายงานที่ ๓ โดยสแกนเอกสาร เป็น PDF file ส่งไปที่คณะกรรมการคัดเลือกพยาบาลชุมชนดีเด่น ผ่าน E-mail ภายใน ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖ โดยแยกส่งตามระดับดังนี้

๒.๑ พยาบาลชุมชนดีเด่น ระดับ รพ.สต ส่งเอกสารที่

นายประมวณ อ้วนเลิง รพ.สต.บ้านหนองไผ่ มหาสารคาม

เบอร์ ๐๘๑๙๗๖๖๒๔๒ E mail: Poppap๔๙๐๔๗@gmail.co

๒.๒ พยาบาลชุมชนดีเด่น ระดับ รพช. ส่งเอกสารที่

นายลิขิต แนบทางดี โรงพยาบาลพนมดงรักเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อ.พนมดงรัก จ.สุรินทร์

เบอร์ ๐๘๗๒๔๑๕๙๔๗ E mail: nlikit@hotmail.com

๒.๓ พยาบาลชุมชนดีเด่น ระดับ รพศ./รพท. ส่งเอกสารที่

ดร.นวลฉวี เพิ่มทองชูชัย โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จ.นครราชสีมา

โทร ๐๘๙-๘๔๖๓๘๙๐ E mail: Naulchavee_๒๕๐๖@yahoo.com

๓. ตรวจสอบการสะกดคำนำหน้านาม ชื่อ นามสกุล เลขประจำตัวประชาชน ตำแหน่ง วุฒิการศึกษา สถานที่ทำงาน ฯลฯ ให้ครบถ้วน ถูกต้องชัดเจน โดยเฉพาะ วุฒิการศึกษาและยศสูงสุด กรุณาใช้คำเต็ม และติดรูปถ่ายภาพสี ในชุดเครื่องแบบปกติขาว กรณีต้นสังกัดไม่มีเครื่องแบบปกติขาว ให้ถ่ายภาพในชุดสีกากี ขนาด ๑.๕ นิ้ว ในเอกสาร แบบ ๑ และ แบบ ๓

การมอบรางวัล“พยาบาลชุมชนดีเด่น” ปี ๒๕๖๖

ผู้ได้รับการคัดเลือกเป็น**“พยาบาลชุมชนดีเด่น”** ปี ๒๕๖๖ จะได้รับรางวัลเพื่อยกย่องเชิดชูเกียรติ ดังนี้

๑. ผู้ผ่านการคัดเลือก**ระดับประเทศ** ระดับละ ๑ รางวัล จำนวน ๓ คน ได้รับโล่เชิดชูเกียรติ

๒. ผู้ผ่านการคัดเลือก**ระดับภาค** ระดับละ ๔ รางวัล จำนวน ๑๒ คน ได้รับโล่เชิดชูเกียรติ

๓. ผู้ผ่านการคัดเลือก**ระดับเขต** ระดับละ ๗ รางวัล รวม ๒๑ คน ได้รับเกียรติบัตรยกย่องเชิดชูเกียรติ

กำหนดวัน เวลา และสถานที่การมอบรางวัลเชิดชูเกียรติ **“พยาบาลชุมชนดีเด่น”** ปี ๒๕๖๖ ในวันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๖ ณ โรงแรมบีพี สมิหลา บีช จังหวัดสงขลา

(แบบ ๑)

โปรดติดรูปสี
ชุดปกติขาว
ขนาด
๑.๕ นิ้ว

แบบฟอร์ม ประวัติและผลงาน เพื่อขอรับรางวัล “พยาบาลชุมชนดีเด่น” ประจำปี ๒๕๖๖
ชมรมพยาบาลชุมชน รพศ./รพท. แห่งประเทศไทย,ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย
และชมรมพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งประเทศไทย

❒ **ระดับ รพ.สต**
❒ **ระดับ รพช.**
❒ **ระดับ รพศ./รพท**

สถานที่ปฏิบัติงาน ....จังหวัด............เขตสุขภาพที่ ....

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/ อื่น ๆ โปรดระบุ) ....

๒. เลขประจำตัวประชาชน ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
สถานที่อยู่......................
เบอร์โทรศัพท์..................
ID line .... E mail.com

๓. เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ....
วันที่ออกใบอนุญาต ....วันที่ใบอนุญาตหมดอายุ ....
(พร้อมแนบสำเนาใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ จำนวน ๑ ฉบับ)

๔. การเป็นสมาชิกสภาการพยาบาล ❒ เป็น เลขที่สมาชิก .... ❒ ไม่เป็น

๕. เกิดวันที่...............เดือน....................................พ.ศ. ....อายุ............... ....ปี

๖. ประวัติการศึกษา

ประวัติการศึกษา / การอบรมเฉพาะทาง	ปีที่สำเร็จการศึกษา	สถาบันการศึกษา

๗. เริ่มปฏิบัติงาน เมื่อวันที่........เดือน.........................พ.ศ............ตำแหน่ง..
นับถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖ มีระยะเวลาปฏิบัติราชการ..........................ปี..........................เดือน

๘. เริ่มปฏิบัติงานด้านบริการปฐมภูมิ เมื่อวันที่.............เดือน.............................พ.ศ...................................
สถานที่ปฏิบัติงาน...
ระยะเวลาปฏิบัติราชการด้านบริการปฐมภูมิ..........................ปี.................เดือน

๙. ประวัติการทำงาน เริ่มตั้งแต่ตำแหน่งงานปัจจุบัน

ปี	ตำแหน่ง	สถานที่ปฏิบัติงาน

หน้าที่ความรับผิดชอบในตำแหน่งปัจจุบัน (ระบุสั้นๆ)

....

๑๐. หน้าที่ได้รับมอบหมายอื่นๆ นอกเหนือจากงานที่รับผิดชอบ (ระบุสั้นๆ)

....

๑๑. เกียรติประวัติการปฏิบัติงาน (เช่นรางวัล วุฒิบัตรชมเชยที่ได้รับ)

ปี	ชนิด / ประเภท	ผลงาน / กิจกรรมหรือการปฏิบัติที่ได้รับการยกย่อง

๑๒. ผลงานด้านวิชาการ (การวิจัย นวัตกรรม วิชาการและการตีพิมพ์เป็นต้น)

....

๑๓. ความภาคภูมิใจในชีวิตของการทำงาน

....

๑๔. ความสำเร็จเป็นที่ประจักษ์ในปัจจุบันของผลงานเด่น / ผลงานเป็นที่ประจักษ์
(ผลงานเด่นเป็นที่ประจักษ์ และ/หรือผลงานที่นำไปขยายผลเพื่อประโยชน์ในระดับพื้นที่ ระดับจังหวัด ระดับเขต หรือนำไปกำหนดเป็นนโยบายในระดับประเทศ ไม่เกินกระดาษ A๔ ต่อ ๑ เรื่อง)
ผลงานที่ ๑ ....
ผลงานที่ ๒ ....

๑๕. ปณิธานความดีที่จะปฏิบัติต่อไป ....

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติทั่วไป คุณสมบัติส่วนตัวและอื่นๆตามเกณฑ์ และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริง

(ลงชื่อ) ....เจ้าของประวัติ
(..)
ตำแหน่ง..

................................/............................../...................................

(ลงชื่อ) ....ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

(...)

ตำแหน่ง...

................................/............................../...................................

(ลงชื่อ) ....ผู้รับรอง*

(...)

ตำแหน่ง...

................................/............................../...................................

หมายเหตุ

- แนบรูปถ่ายเพิ่ม ๑ รูป และใบสำเนาประกอบวิชาชีพ ๑ ใบ
- ผู้รับรอง คือ ผู้บังคับบัญชาระดับสูงสุดที่เจ้าของประวัติปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน
- **ขอให้ส่วนราชการ ส่งข้อมูลในแบบประวัติ (แบบ ๑) ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ ภายใน ๑๕ พ.ค.๖๖** โดยสามารถเขียนหรือพิมพ์ในกระดาษเอ ๔ ทั้งนี้ขอให้ส่งเฉพาะข้อมูลตามที่กำหนดไว้ **โดยไม่ต้องแนบผลงานที่เป็นรูปเล่ม**

แบบประเมิน

สำหรับการคัดเลือก "พยาบาลชุมชนดีเด่น" ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖

ชื่อผู้รับการประเมิน......................................ตำแหน่ง ....

กลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน...ปฏิบัติงานที่ ....

❒ **ระดับ รพ.สต** ❒ **ระดับ รพช.** ❒ **ระดับ รพศ./รพท**

คำชี้แจง กรณีส่วนราชการเห็นว่ามีข้าราชการในสังกัดรายใดสมควรได้รับการคัดเลือกเป็น **"พยาบาลชุมชนดีเด่น"** ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ให้ประเมินประวัติและผลงานของข้าราชการ ในแบบประเมินฯ นี้ ซึ่งมีคะแนนรวมสุทธิ ๑๐๐ คะแนน ดีเด่น = ๙๕ คะแนนขึ้นไป, ดีมาก = ๙๐ - ๙๔ คะแนน, ดี = ๘๕ - ๘๙ คะแนน ประกอบด้วย ๔ หัวข้อการประเมิน ได้แก่

๑. หน้าที่ความรับผิดชอบ/ภาระงาน (๒๐ คะแนน)

คะแนน ๑๐ งานรับผิดชอบร้อยละ ๕๐ เทียบกับผู้ประกวดในระดับเดียวกันของพื้นที่นั้น

คะแนน ๑๕ งานรับผิดชอบร้อยละ ๖๐ -๗๐ เทียบกับผู้ประกวดในระดับเดียวกันของพื้นที่นั้น

คะแนน ๒๐ งานรับผิดชอบร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป เทียบกับผู้ประกวดในระดับเดียวกันของพื้นที่นั้น

๒. เกียรติประวัติและรางวัลที่ได้รับ

๓. ผลงานด้านวิชาการ

คะแนน ๑๐ ผลงานระดับตำบล/อำเภอ /จังหวัด

คะแนน ๑๕ ผลงานระดับเขตสุขภาพ/ภาค

คะแนน ๒๐ ผลงานระดับภาคประเทศ/นานาชาติ

(เกณฑ์การให้คะแนนข้อ ๒ และ ข้อ ๓)

๔. ผลงานดีเด่นเชิงประจักษ์

คะแนน ๒๐ ผลงานระดับตำบล/อำเภอ /จังหวัด หรือ เป็นต้นแบบ พื้นที่การเรียนรู้ ในด้านนั้น

คะแนน ๓๐ ผลงานระดับเขตสุขภาพ/ภาค หรือ เป็นต้นแบบ พื้นที่การเรียนรู้ ในด้านนั้น

คะแนน ๔๐ ผลงานระดับภาคประเทศ/นานาชาติ หรือ เป็นต้นแบบ พื้นที่การเรียนรู้ ในด้านนั้น

ทั้งนี้ ขอให้ผู้ประเมินลงผลคะแนน ในช่อง ของผลการประเมินในแต่ละหัวข้อการประเมิน ดังนี้

หัวข้อประเมิน	**คะแนน**	**หมายเหตุ**
๑.หน้าที่ความรับผิดชอบ / ภาระงาน (๒๐ คะแนน)		
๒.เกียรติประวัติ / รางวัลที่ได้รับ (๒๐ คะแนน)		
๓.ผลงานด้านวิชาการ (๒๐ คะแนน)		
๔.ผลงานดีเด่น (๔๐ คะแนน)		

(ลงชื่อ) .... ผู้ประเมิน

(...)

ตำแหน่ง..

............./.................../..................

แบบ ๓

ระดับ รพ.สต

รูปสี
ชุดขาว
ขนาด ๑.๕ นิ้ว

แบบรายงาน
การคัดเลือก "พยาบาลชุมชนดีเด่น" ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖
จังหวัด...เขตสุขภาพที่ ....

นาย/นาง/นางสาว ....อายุ..........ปี..เริ่มปฏิบัติงาน วันที่.......เดือน...........พ.ศ. ....

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง/ระดับ ....

หน่วยงาน... อำเภอ........................ จังหวัด...

วุฒิการศึกษาสูงสุด...จากสถาบันการศึกษา..

โทรศัพท์ที่ทำงาน/มือถือ ....

ผลงานดีเด่น...
....
....
....
....
....
....
....
....

(ลงชื่อ)... ผู้รับรองเอกสาร
(....)
ตำแหน่ง ....
........................./...................../..................

หมายเหตุ

ส่งเอกสารแบบรายงาน ๑ พร้อมแนบสำเนาใบประกอบวิชาชีพ ๑ ฉบับ/คน และรายงาน ๓ โดย สแกน PDF file ไปที่คณะกรรมการคัดเลือกพยาบาลชุมชนดีเด่น ชมรม รพ.สต **ภายใน ๒๐ พ.ค. ๒๕๖๖**

Email: Poppap๔๙๐๔๗@gmail.com
นายประมวน อ้วนเลิง รพ.สต.บ้านหนองไผ่ จ. มหาสารคาม
เบอร์ ๐๘๑-๙๗๖๖๒๔๒

รูปสี
ชุดขาว
ขนาด ๑.๕ นิ้ว

แบบ ๓

ระดับ รพช.

แบบรายงาน
การคัดเลือก "พยาบาลชุมชนดีเด่น" ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖
จังหวัด..เขตสุขภาพที่ ....

นาย/นาง/นางสาว ....อายุ..........ปี..เริ่มรับราชการ วันที่....เดือน............พ.ศ. ....

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง/ระดับ ....

หน่วยงาน... อำเภอ................................... จังหวัด...

วุฒิการศึกษาสูงสุด..จากสถาบันการศึกษา..

โทรศัพท์ที่ทำงาน/มือถือ ....

ผลงานดีเด่น...
....
....
....
....
....
....
....
....

(ลงชื่อ).. ผู้รับรองเอกสาร
(....)
ตำแหน่ง ....
........................./....................../..................

หมายเหตุ

ส่งเอกสารแบบรายงาน ๑ พร้อมแนบสำเนาใบประกอบวิชาชีพ ๑ ฉบับ/คน และรายงาน ๓ โดยสแกน PDF file ไปที่คณะกรรมการคัดเลือกพยาบาลชุมชนดีเด่น ชมรม รพช. **ภายใน ๒๐ พ.ค. ๒๕๖๖**

Email : nlikit@hotmail.com
นายลิขิต แนบทางดี โรงพยาบาลพนมดงรักเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อ.พนมดงรัก จ.สุรินทร์ เบอร์ ๐๘๗-๒๔๑๕๙๔๗

แบบ ๓

รูปสี
ชุดขาว
ขนาด ๑.๕ นิ้ว

ระดับ รพ.ศ./รพ.ท.

แบบรายงาน

การคัดเลือก “พยาบาลชุมชนดีเด่น” ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖

จังหวัด..เขตสุขภาพที่ ....

นาย/นาง/นางสาว ....อายุ..........ปี..เริ่มรับราชการ วันที่....เดือน...........พ.ศ. ....

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง/ระดับ ....

หน่วยงาน... อำเภอ..................................... จังหวัด...

วุฒิการศึกษาสูงสุด..จากสถาบันการศึกษา...

โทรศัพท์ที่ทำงาน/มือถือ ....

ผลงานดีเด่น..
....
....
....
....
....
....
....
....

(ลงชื่อ)... ผู้รับรองเอกสาร
(....)
ตำแหน่ง ....
........................./....................../..................

หมายเหตุ

ส่งเอกสารแบบรายงาน ๑ พร้อมแนบสำเนาใบประกอบวิชาชีพ ๑ ฉบับ/คน และรายงาน ๓ โดยสแกน PDF file ไปที่คณะกรรมการคัดเลือกพยาบาลชุมชนดีเด่น ชมรม **รพ.ศ./รพ.ท.ภายใน ๒๐ พ.ค. ๒๕๖๖**

Email: Naulchavee_๒๕๐๖@yahoo.com
ดร.นวลฉวี เพิ่มทองชูชัย โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จ.นครราชสีมา
โทร ๐๘๙-๘๔๖๓๘๙๐