



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงาน..... โทร ๐ ๗๕๕๓ ๕๖๓๐-๕ ต่อ.....

ที่ นส ๐๐๓๓.๒

วันที่.....

เรื่อง ขอรับการประเมินบุคคล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ตำแหน่งเลขที่.....งาน/กลุ่มงาน.....

โรงพยาบาลสิชล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช มีความประสงค์ขอรับการประเมินบุคคล เพื่อ

☐ ประเมินแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น ตำแหน่ง.....ระดับ.....

☐ ย้าย/โอน ตำแหน่ง.....ระดับ.....

ข้าพเจ้าจึงขอส่งแบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล โดยจัดทำผลงานวิชาการ เรื่อง.....

และขอเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางานฯ เรื่อง.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หัวหน้ากลุ่มงาน.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล

- เพื่อโปรดพิจารณา