



ประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อรับย้าย/โอน

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี จะดำเนินการคัดเลือกข้าราชการเพื่อรับย้าย/โอน และเพื่อให้การคัดเลือกเป็นไปตามระบบคุณธรรม ได้ผู้ที่มีความรู้ความสามารถ ความประพฤติ คุณลักษณะที่เหมาะสมกับตำแหน่ง สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จึงประกาศรับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อรับย้าย/โอน ดังนี้

๑. ตำแหน่งที่จะรับสมัคร

- ๑.๑ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๔๓๘๗
งานพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล
โรงพยาบาลบางระจัน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
- ๑.๒ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๔๓๗๑
งานพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล
โรงพยาบาลบางระจัน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
- ๑.๓ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๔๖๖๘
กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี

๒. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการคัดเลือก

มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง

๓. เอกสารที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร

- | | |
|--|-------------|
| ๓.๑ ใบสมัคร (ต้นฉบับ ๑ ชุด และสำเนา ๔ ชุด) | จำนวน ๕ ชุด |
| ๓.๒ สำเนา ก.พ. ๗ | จำนวน ๕ ชุด |
| ๓.๓ สำเนาวุฒิการศึกษา | จำนวน ๕ ชุด |
| ๓.๔ เอกสารประกอบผลการดำเนินงานที่ผ่านมา | จำนวน ๕ ชุด |
| ๓.๕ ใบขอโอน (กรณีขอโอน) | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓.๖ แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล เพื่อย้าย/โอน** | จำนวน ๑ ชุด |

๔. กำหนดการ และวิธีการรับสมัคร

ให้ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกฯ ยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารต่างๆ ตามที่กำหนดไว้ ที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล (ชั้น ๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ตั้งแต่วันที่ ๑๕ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ ในวันและเวลาราชการ หรือสามารถส่งใบสมัครโดยผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ เวลา ๑๖.๓๐ น. โดยถือวันประทับตรารับที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี เป็นสำคัญ

๕. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก

การพิจารณาคัดเลือกบุคคล คณะกรรมการฯ จะพิจารณาจากองค์ประกอบและกำหนดคะแนนในแต่ละองค์ประกอบ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- | | |
|--|----------|
| ๕.๑. ข้อมูลส่วนบุคคล | ๒๐ คะแนน |
| ๕.๑.๑ คุณวุฒิการศึกษา | |
| ๕.๑.๒ ระยะเวลาการปฏิบัติราชการ | |
| ๕.๑.๓ การประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปี | |
| ๕.๑.๔ การถูกลงโทษทางวินัย | |
| ๕.๒. ความรู้ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน
ที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง | ๖๐ คะแนน |
| ๕.๓. เกณฑ์อื่นๆ | ๒๐ คะแนน |
| ๕.๓.๑ ความเหมาะสมกับตำแหน่ง | |
| ๕.๓.๒ การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์/ทัศนคติ | |
| ๕.๓.๓ ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน/ความคิดริเริ่ม | |

๖. วิธีการคัดเลือก

คณะกรรมการฯ จะพิจารณาจากใบสมัคร ผลงาน ประวัติการรับราชการ และการสัมภาษณ์ ประกอบการพิจารณา ทั้งนี้ ผู้ได้รับการคัดเลือกต้องได้คะแนนไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐ โดยผู้สมัครคัดเลือกต้องจัดทำเอกสารประกอบการนำเสนอผลงานหรือผลการปฏิบัติงานประกอบการพิจารณา และนำเสนอได้ทั้ง PowerPoint presentation หรือ Oral presentation โดยให้ผู้สมัครคัดเลือกนำเสนอประมาณ ๑๐ - ๑๕ นาที สำหรับเนื้อหาในการนำเสนอจะประกอบด้วยประวัติส่วนตัว ประวัติการรับราชการ และผลงานเด่น

หมายเหตุ หากผู้สมัครคัดเลือกดำรงตำแหน่งในสายงานเดียวกันหรือในต่างสายงานและเป็นสายงานที่ไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกันกับสายงานในตำแหน่งที่สมัครคัดเลือก (การจัดกลุ่มตำแหน่งตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๘/ว ๔๑๕๒ ลงวันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๔) ให้ผู้สมัครคัดเลือกจัดทำเอกสารแบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล เพื่อย้าย/โอน (เอกสารตามข้อ ๓.๖) ยื่นมาพร้อมใบสมัคร ทั้งนี้เพื่อเสนอคณะกรรมการฯ ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง พิจารณาดำเนินการตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนด โดยผู้สมัครคัดเลือกต้องผ่านการประเมินบุคคลและผลงานตามหลักเกณฑ์ด้วย

๗. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกฯ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี จะประกาศรายชื่อข้าราชการผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกฯ วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ณ บอร์ดประชาสัมพันธ์กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี และสามารถดูรายละเอียดได้ที่เว็บไซต์ <https://www.sbo.moph.go.th/>

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายโชคชัย สาครพานิช)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

ใบสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อรับย้าย/โอน

ให้ดำรงตำแหน่ง.....

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ..... นามสกุล.....
วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุตัว.....ปี อายุราชการ.....ปี
วันเกษียณอายุราชการ.....ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....
ส่วนราชการ (ตาม จ.๑๘).....
ส่วนราชการ (ปฏิบัติจริง).....
ปฏิบัติหน่วยงานปัจจุบันตั้งแต่.....อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....บาท
โทรศัพท์..... E-mail.....

๒. การดำรงตำแหน่ง

ดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....ตั้งแต่.....
ดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....ตั้งแต่.....

๓. ความผิดทางวินัย

☐ ถูกสอบสวนทางวินัย.....เมื่อ.....
☐ ถูกลงโทษ.....เมื่อ.....
☐ อยู่ระหว่างถูกสอบสวน.....เมื่อ.....
☐ ไม่มี

๔. วุฒิการศึกษาที่ได้รับ

☐ ระดับ.....สาขาวิชา.....
สถาบัน.....เมื่อ.....
☐ ระดับ.....สาขาวิชา.....
สถาบัน.....เมื่อ.....
☐ ระดับ.....สาขาวิชา.....
สถาบัน.....เมื่อ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบ
ภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมดสิทธิได้รับการคัดเลือก และหากได้รับการ
พิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับการคัดเลือก
(.....)

๕. คำรับรอง/ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับต้น (หัวหน้ากลุ่มงาน/ผอ.รพ.สต.)

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

๖. คำรับรอง/ความเห็นผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป (ผอ.รพ./สสอ.)

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

๗. คำรับรอง/ความเห็นของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (กรณีย้ายข้ามจังหวัด)

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สถานที่ติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ไบขอโอน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอโอนมารับราชการ

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....วุฒิ.....

ใบอนุญาต.....ชุดที่.....

๒. ปัจจุบันเป็นข้าราชการ..... ตำแหน่ง.....

ฝ่าย/กลุ่ม/ศูนย์.....กอง.....กรม.....

โทรศัพท์.....ดำรงตำแหน่งนี้เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....บาท

ขณะนี้ ○ อยู่ในระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ

○ พ้นจากการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ

○ อยู่ในระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดงาน หลักสูตร.....

ตั้งแต่วันที่ ค.ศ. ถึงวันที่ ค.ศ.

○ ไม่อยู่ระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/หรือทำงาน

○ อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานขอใช้ทุน หลักสูตร.....

ต้องปฏิบัติงานขอใช้ทุน.....ปี ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

○ ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

๓. ขอโอนมาดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....

ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอโอน คือ

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว จำนวนฉบับ

๘๓

๔. ประวัติส่วนตัว

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

เลขที่ระจำตัว/ระพาหน ---- เริ่มรับราชการเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

๑. นาย/นาง/นางสาว/นายแพทย์/นางพยาบาล/.....
 ๒. ตำแหน่ง.....
 ๓. หน่วยงาน.....
 ๔. อายวราขการ.....ปี.....เดือน (นับถึงเดือน.....พ.ศ.....) รมิลำเนาเดิม (จังหวัด).....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

☐ เป็นสมาชิก กบข. ประเภท ☐ สะสม ☐ ไม่สะสม

○ ไม่เป็นสมาชิก กบข.

๕. ประวัติการศึกษา

คุณวุฒิ	สาขาวิชาเอก	ปีที่จบการศึกษา

๖. ☐ ไม่เคยผ่านการประเมินบุคคลและผลงานมาก่อน

☐ เคยผ่านการประเมินบุคคลและผลงาน

โดยวิธีการ ☐ สอบ/ประเมินตาม ว ๒/๔๐, ว ๓๔/๔๗ ในตำแหน่ง
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยวิธีการ ☐ ประเมินผลงานตาม ว ๑๖/๓๘, ว ๑๐/๔๘ ในตำแหน่ง.....
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยวิธีการ ☐ ประเมินผลงานตาม ว ๑๓/๖๔, ว ๑๔/๖๔ ในตำแหน่ง.....
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๗. ประวัติการรับราชการ (จากเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน แสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้น
แต่ละระดับและการเปลี่ยนแปลงในการดำรงตำแหน่งในสายงานต่าง ๆ)

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	อัตราเงินเดือน	สังกัด

๘. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน

ปี พ.ศ.	ระยะเวลา	หลักสูตร	สถาบัน

๙. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งปัจจุบัน

๙.๑

๙.๒

๙.๓

๑๐. หากตำแหน่งที่เข้ารับโอนข้าพเจ้าเป็นตำแหน่งที่มีอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่ในปัจจุบัน
ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับเงินเดือนขั้นที่มีอยู่ของตำแหน่งที่รับโอนไปก่อนจนกว่าจะส่งพอกอัตราให้

๑๑. กรณีที่ ก.พ. อนุมัติให้รับโอนในระดับ และอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ได้รับอยู่เดิม ข้าพเจ้า

☐ ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ

☐ ไม่ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ

๑๒. ข้าพเจ้ามี...

๑๒. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่.....

- ☐ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอน
☐ ไม่ประสงค์จะรอลื่อนระดับก่อนโอน

๑๓. การโอนครั้งนี้ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย / ใน ☐ ที่ต้องการ)

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| ๑๓.๑ เงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว | ☐ ขอเบิก | ☐ ไม่ขอเบิก |
| ๑๓.๒ เงินค่าพาหนะเดินทาง | ☐ ขอเบิก | ☐ ไม่ขอเบิก |
| ๑๓.๓ เงินค่าเบี้ยเลี้ยง | ☐ ขอเบิก | ☐ ไม่ขอเบิก |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอโอน
(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าตำแหน่ง.....ระดับ.....

(ส่วนราชการ)

เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า

เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ มีความสนใจ และอุตสาหะ
ในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง
...../...../.....

หมายเหตุ ๑. กรณีขอโอนติดตามคู่สมรส ให้แนบหลักฐานที่แสดงว่าคู่สมรสมีภูมิลำเนา หรือปฏิบัติงานอยู่ใน
จังหวัดที่ขอโอนไป

๒. กรณีขอโอนกลับภูมิลำเนาเดิม ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม

๓. กรณีขอโอนเพื่อดูแลบิดา มารดา หรือบุตร ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา หรือบุตร
และใบรับรองแพทย์ ในกรณีที่บิดา มารดา หรือบุตรมีโรคประจำตัว

๔. กรณีขอโอนมาตำแหน่งที่กำหนดให้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง
ให้แนบสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพด้วย

๕. การขอเบิกเงินตามข้อ ๑๓. อยู่ในดุลพินิจของผู้บังคับบัญชาทางสังกัดเดิมเป็นผู้พิจารณา

บันทึกประกอบการขอย้าย / โอน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ส่วนราชการ.....

มีความประสงค์จะขอย้าย / โอน ไปรับราชการที่

☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
แต่ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย / โอน

☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอนไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่

☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่าง
ประเมินผลงานทางวิชาการ

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่โดยขอนำผลประเมินวิชาการ
ที่ส่วนราชการเดิมขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย / โอน
วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานเจ้าหน้าที่
วันที่.....

แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

ของ

.....(ชื่อ-สกุล).....

ตำแหน่ง..... (ด้าน.....)

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

ประเมินบุคคลเพื่อย้าย/ โอน ไปแต่งตั้งให้ดำรง

ตำแหน่ง..... (ด้าน.....)

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

๑. แบบแสดงข้อมูลส่วนบุคคล

๑. ชื่อผู้ขอประเมิน
๒. ตำแหน่งปัจจุบันระดับ.....(ด้าน(ถ้ามี))
ตำแหน่งเลขที่สังกัด ฝ่าย/กลุ่ม/ส่วน
กอง/สำนัก/สถาบัน/ศูนย์ กรม
๓. ตำแหน่งที่ขอประเมินระดับ.....(ด้าน.....(ถ้ามี))
ตำแหน่งเลขที่สังกัด ฝ่าย/กลุ่ม/ส่วน
กอง/สำนัก/สถาบัน/ศูนย์ กรม
๔. ประวัติส่วนตัว (จาก ก.พ. ๗)
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ
อายุราชการปี เดือน ปีเกษียณ
๕. ประวัติการศึกษา
- | คุณวุฒิและวิชาเอก
(ชื่อปริญญา) | ปีที่สำเร็จการศึกษา | สถาบัน |
|-----------------------------------|---------------------|--------|
| | | |
| | | |
๖. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) (ชื่อใบอนุญาตและเลขที่ใบอนุญาต)
วันออกใบอนุญาตวันหมดอายุ
๗. ประวัติการรับราชการ (จากเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน แสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ในระดับสูงขึ้นแต่ละระดับ และการเปลี่ยนแปลงในการดำรงตำแหน่งในสายงานต่าง ๆ)
วัน เดือน ปี ตำแหน่ง สังกัด
.....
.....
๘. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน
- | ปี | ระยะเวลา | หลักสูตร | สถาบัน |
|-------|----------|----------|--------|
| | | | |
| | | | |
๙. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (เคยปฏิบัติงานเกี่ยวกับอะไรบ้างที่นอกเหนือจากข้อ ๗ เช่น
เป็นหัวหน้าโครงการ หัวหน้างาน กรรมการ อนุกรรมการ วิทยากร อาจารย์พิเศษ เป็นต้น)
.....
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ
(ลงชื่อ) (ผู้ขอประเมิน)
(.....)
(วันที่)/...../.....

หมายเหตุ ข้อ ๑ - ๙ ให้ผู้ขอประเมินเป็นผู้กรอกข้อมูล พร้อมทั้งแนบสำเนาเอกสารที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงานการเจ้าหน้าที่เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง