



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงาน..... โทร ๐ ๓๕๓๓ ๕๘๐๐-๔ ต่อ.....

ที่ นศ ๐๐๓๒.๒/พิเศษ

วันที่

เรื่อง ขอส่งแบบประเมินผลงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล

ตามที่ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ตำแหน่งเลขที่.....งาน/กลุ่มงาน.....

โรงพยาบาลสิชล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้รับการคัดเลือก ให้ส่งผลงานเข้ารับ  
การประเมินเพื่อ

ประเมินแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสูงขึ้น ในตำแหน่งเลขที่และส่วนราชการเดิม

ขอรับเงินประจำตำแหน่งสำหรับผู้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการ

ตามประกาศจังหวัดนครศรีธรรมราช ลงวันที่.....

บัดนี้ ข้าพเจ้าได้ดำเนินการจัดทำแบบประเมินผลงานเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอส่ง  
แบบประเมินผลงาน จำนวน ๑ เล่ม มาพร้อมหนังสือนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หัวหน้ากลุ่มงาน.....

(.....)

รองผู้อำนวยการ.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล

- เพื่อโปรดพิจารณา

(นางศรีประดับ ศรีนำ)

นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

(นายอารักษ์ วงศ์วรชาติ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล