

แบบขอตรวจคุณสมบัติและจัดทำผลงานวิชาการ

ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....

กลุ่มงาน.....กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลลิซล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ตำแหน่งเลขที่.....ปฏิบัติงานจริงที่.....

รับราชการเมื่อ.....อายุราชการ.....

ข้อมูลการปฏิบัติงานย้อนหลัง 1 ปี

ปีที่	เดือน/พ.ศ.	หน่วยงานที่เก็บข้อมูล	หน่วยงานที่ปฏิบัติจริง
.....	.....	.....	.....

ข้อมูลการจัดทำผลงาน

ลักษณะงานที่ทำ ( ) วิจัย ( ) กรณีศึกษา HN.....(พร้อมแนบหลักฐานการดูแลผู้ป่วย) ( ) อื่นๆ.....

เรื่องที่ทำ.....

ระบุเหตุผล/ความสำคัญ/ประโยชน์ที่จะได้รับในเรื่องที่ทำ (ไม่เกิน 6 บรรทัด)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน เรื่อง.....

หลักการและเหตุผล/บทวิเคราะห์/ข้อเสนอ.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความเห็นของคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ	ความเห็นผู้ตรวจสอบการจัดทำผลงาน	ความเห็นหัวหน้ากลุ่มภารกิจ
---------------------------------------	---------------------------------	----------------------------

.....	.....	( ) อนุมัติให้จัดทำ
.....	.....	( ) ไม่อนุมัติ (เหตุผล)
.....	.....	.....
.....	.....	.....

เสนอผู้ให้คำปรึกษาเบื้องต้น

- 1.....
- 2.....

ลงชื่อ หน.งาน.....

ลงชื่อผู้ร่วมพิจารณา.....

ผู้ตรวจสอบทะเบียน.....

(นางศรีประดับ ศรีนำ)

ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ