



บันทึกข้อความ

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

ที่ นศ ๐๐๓๒.๒/พิเศษ

วันที่

เรื่อง การประเมินผลงานเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล

ตามที่ ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

กลุ่มงาน.....โรงพยาบาลสิชล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นผู้ผ่านการคัดเลือกให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง ในตำแหน่งเลขที่ และส่วนราชการเดิม ตามประกาศจังหวัดนครศรีธรรมราช ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... นั้น

บัดนี้ ข้าพเจ้าได้จัดทำเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาประเมินของคณะกรรมการ ครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว จึงขอส่งเอกสาร ดังนี้

๑. เอกสารประกอบการคัดเลือก จำนวน.....เล่ม

๒. แบบประเมินผลงานเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง จำนวน.....เล่ม

๓. ผลงานวิชาการฉบับเต็ม เรื่อง.....

..... จำนวน.....เล่ม

๔. ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เรื่อง..... จำนวน.....เล่ม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไป

(.....)

ตำแหน่ง.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล

- เพื่อโปรดพิจารณา

-ตำแหน่ง.....

โรงพยาบาลสิชล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ขอส่งเอกสาร

ประกอบการประเมินผลงานเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง นั้น

- เห็นควรเสนอผู้ว่าราชการจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อดำเนินการ

ในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

()

ตำแหน่ง.....

(นางศรีประดับ ศรีนำ)

ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ