**หนังสือรับรองผลงานทางวิชาการ เขตสุขภาพที่ 1**

ชื่อผู้ขอรับการประเมิน ตำแหน่ง

สังกัด จังหวัด

เพื่อขอรับการประเมินแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

□ พยาบาลวิชาชีพ □ นักวิชาการสาธารณสุข □ ทันตแพทย์ □ เภสัชกร □ นักเทคนิคการแพทย์

□ นักรังสีการแพทย์ □ นักกายภาพบำบัด □ นายแพทย์

ระดับ □ ชำนาญการพิเศษ □ ชำนาญการ เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ด้าน สาขา

ส่วนราชการ

เลขที่ตำแหน่ง

ผลงานวิชาการ

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

 กรรมการกลั่นกรองการประเมินผลงานวิชาการ ได้พิจารณาผลงานทางวิชาการเรียบร้อยแล้ว เห็นควรส่งผลงานฯ ให้กรรมการ (ระดับเขต) พิจารณา ต่อไป

 ...........................................................

 ( )

 ตำแหน่ง..............................................

 ประธานกรรมการ/กรรมการกลั่นกรองผลงานวิชาการ

 วันที่............../................/.................