**แบบตรวจสอบเอกสารแบบประเมินผลงาน**

ชื่อ-สกุล .................................. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย........................... กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

 เรื่อง................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | หัวข้อ | ผลการประเมิน |
| มี | ไม่มี |
|  | แบบประเมินบุคคลและผลงาน |  |  |
| 1 | ปก |  |  |
|  | สารบัญ |  |  |
|  | ข้อมูลส่วนบุคคล |  |  |
|  | ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา |  |  |
|  | 1. ชื่อเรื่อง |  |  |
|  | 2. ระยะเวลา |  |  |
|  | 3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และ  ประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน |  |  |
|  | 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน |  |  |
|  | 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) |  |  |
|  | 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ |  |  |
|  | 7. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ |  |  |
|  | 8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ |  |  |
|  | 9. ข้อเสนอแนะ |  |  |
|  | 10. การเผยแพร่ผลงาน |  |  |
|  | 11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน |  |  |
|  |  |  |  |
| 2 | เอกสารอ้างอิง/ภาคผนวก (ถ้ามี) |  |  |

หัวหน้างาน/หัวหน้าหอผู้ป่วย-ลงชื่อกำกับ

(ลงชื่อ)....นักทรัพยากรบุคคล.......... (ลงชื่อ)................................................................

 (.......................................) (นางสาวรัตนา ด่านปรีดา)

ตำแหน่ง ........................................... ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

 วันที่.............เดือน..............พ.ศ.........… วันที่..........เดือน..........................พ.ศ..........…