

**\*\*แนบบันทึกมาพร้อมหนังสือนำส่งจากหน่วยงานทุกครั้ง\*\***

**บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** .........................................................................................................

**ที่** ศก ๐๐๓๒ / **วันที่**  มีนาคม ๒๕65

**เรื่อง** ขอถอนการส่งแบบประเมินเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ตามที่ข้าพเจ้า............................................................ ตำแหน่งเลขที่.............................ตำแหน่ง...........................................................(ด้าน.........................................) ระดับ............................... ปฏิบัติราชการที่ ............................................................................................................................................... ได้ผ่านการคัดเลือกตามประกาศจังหวัดศรีสะเกษ เรื่อง ผลการคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ลงวันที่ ................................... และได้ส่งเล่มแบบประเมินผลงาน และเล่มข้อเสนอแนวคิด/วิธีการเพื่อพัฒนางานฯ ตามหนังสือ.......................................ที่..................ลงวันที่..................................... (หนังสือตามที่ส่งมา สสจ.) (กรณีส่งเล่มแบบประเมินผลงาน และเล่มข้อเสนอแนวคิด/วิธีการเพื่อพัฒนางานฯ) นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้า............................................................ ตำแหน่งเลขที่.............................ตำแหน่ง...........................................................(ด้าน.........................................) ระดับ................................ จึงขอถอนรายชื่อออกจากการประเมินรับเงินประจำตำแหน่ง และขอใช้แบบประเมินศักยภาพบุคคล (กรณีการรับเงินประจำตำแหน่งสำหรับตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ) ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ o๒o๘.o๘/ว ๑๓๗6 ลงวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

( )

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

(ลงชื่อ)........................................................ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

( ………..………………………………..)

ตำแหน่ง ..................................................... *(ผอ.รพช. หรือ สสอ.)*

วันที่ เดือน พ.ศ. 2565 *(ระบุวันที่ให้ชัดเจน)*

(ลงชื่อ) .................................................ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

( ………..………………………………..)

ตำแหน่ง ..................................................... *(ผอ.รพช. หรือ สสอ.)*

วันที่ เดือน พ.ศ. 2565 *(ระบุวันที่ให้ชัดเจน)*