

**\*\*แบบบันทึกมาพร้อมหนังสือนำเสนอจากหน่วยงานทุกครั้ง\*\***



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ .....

ที่ ศก ๐๐๓๒ / ..... วันที่ มีนาคม ๒๕๖๕ .....

เรื่อง ขออนุมัติการส่งแบบประเมินเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง .....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ตามที่ข้าพเจ้า..... ตำแหน่งเลขที่.....

ตำแหน่ง.....(ด้าน.....) ระดับ.....

ปฏิบัติราชการที่ .....

ได้ผ่านการคัดเลือกตามประกาศจังหวัดศรีสะเกษ เรื่อง ผลการคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ลงวันที่ .....

และได้ส่งเล่มแบบประเมินผลงาน และเล่มข้อเสนอแนวคิด/วิธีการเพื่อพัฒนางานฯ ตามหนังสือ.....ที่.....ลงวันที่..... (หนังสือตามที่ส่งมา สสจ.)

(กรณีส่งเล่มแบบประเมินผลงาน และเล่มข้อเสนอแนวคิด/วิธีการเพื่อพัฒนางานฯ) นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้า..... ตำแหน่งเลขที่.....

ตำแหน่ง.....(ด้าน.....) ระดับ.....

จึงขอออกรายชื่อออกจากการประเมินรับเงินประจำตำแหน่ง และขอใช้แบบประเมินศักยภาพบุคคล (กรณีการรับเงินประจำตำแหน่งสำหรับตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ) ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ ๐๒๐๘.๐๘/ว ๑๓๗๖ ลงวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

( )

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

( ..... )

ตำแหน่ง ..... (ผอ.รพช. หรือ สสอ.)

วันที่ เดือน พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระบุวันที่ให้ชัดเจน)

(ลงชื่อ) .....ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

( ..... )

ตำแหน่ง ..... (ผอ.รพช. หรือ สสอ.)

วันที่ เดือน พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระบุวันที่ให้ชัดเจน)