



ประกาศคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

ด้วยศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จะดำเนินการคัดเลือกข้าราชการเพื่อดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๑๒.๐๑/๑๘๑๖ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๕๖ กำหนดไว้ จึงประกาศรับสมัครคัดเลือก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ก. ตำแหน่งที่รับสมัคร

ตำแหน่งผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน

๑ ตำแหน่ง

ข. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการคัดเลือก

๑. ดำรงตำแหน่งนายแพทย์ระดับชำนาญการพิเศษ ขึ้นไป
๒. เป็นหรือเคยเป็นคณะกรรมการดำเนินงานศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก ไม่น้อยกว่า ๑ ปี
๓. ต้องผ่านการศึกษาด้านแพทยศาสตรศึกษา อย่างน้อยต้องได้รับประกาศนียบัตรในหลักสูตรระยะสั้น เช่น certificate, diploma, ECME* (Essential Course for Medical Education) เป็นต้น
๔. ผ่านการอบรม หลักสูตรพัฒนาผู้บริหารสถาบันผลิตแพทย์แห่งประเทศไทย (MSE) และหรือหลักสูตรพัฒนารองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลในสังกัดกรมต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข และหรือหลักสูตรนักบริหารการแพทย์และสาธารณสุขระดับสูง
*หากยังไม่เคยผ่านการอบรมดังกล่าว ให้เข้ารับการอบรม ภายใน ๑ ปีแรกของการเข้ารับตำแหน่ง (รักษาการ)
๕. เมื่อได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกแล้ว ต้องอยู่ในตำแหน่งมีวาระละ ๔ ปี โดยไม่เกิน ๒ วาระติดต่อกัน

ค. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร

ให้ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกยื่นใบสมัครและเอกสารต่าง ๆ ตามที่คณะกรรมการคัดเลือกฯ กำหนดที่กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี ตั้งแต่วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒ ถึงวันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๒ ในวันและเวลาราชการ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายนำพล แคนพิพัฒน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

ประธานคณะกรรมการคัดเลือกฯ

แบบใบสมัครเข้ารับการศึกษา
ตำแหน่งผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ.....สกุล.....
วัน เดือน ปีเกิด.....อายุตัว.....ปี อายุราชการ.....ปี
วันเกษียณอายุ.....ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....
ประเภท.....ระดับ.....
ส่วนราชการ.....
ตั้งแต่วันที่.....อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....บาท
โทรศัพท์.....e-mail.....

๒. การดำรงตำแหน่ง

ดำรงตำแหน่ง.....ระดับชำนาญการพิเศษ (ระดับ ๘) ตั้งแต่.....

๓. ความผิดทางวินัย

- ถูกสอบสวน เรื่อง.....เมื่อ.....
 ถูกลงโทษ เรื่อง.....เมื่อ.....
 อยู่ระหว่างการสอบสวน เรื่อง.....เมื่อ.....
 ไม่มี

๔. วุฒิการศึกษา (โปรดแนบหลักฐาน)

- ๔.๑ ปริญญาตรี.....สาขา.....
สถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....
๔.๒ ปริญญาโท.....สาขา.....
สถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....
๔.๓ ปริญญาเอก.....สาขา.....
สถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....
๔.๔ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....เลขที่.....
วันออกใบอนุญาต.....
๔.๕ ใบวุฒิบัตร.....เลขที่.....
วันออกใบอนุญาต.....

๕. วิสัยทัศน์/ความคาดหวัง

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

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับการคัดเลือก
(.....)
...../...../.....

๑. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

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

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา
(.....)
...../...../.....

สถานที่ติดต่อ

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร.....e-mail.....