

แบบประเมินผลการไปประชุม/อบรม/สัมมนา/ศึกษาดูงานภายในประเทศ โรงพยาบาลเนินสง่า อ.เนินสง่า จ.ชัยภูมิ
ส่วนที่ ๑ แบบประเมินผลตน (ส่งภายใน ๑ สัปดาห์)

๑. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....ประชุม/อบรม/สัมมนา/ศึกษาดูงานเรื่อง.....

วันที่.....สถานที่.....ผู้จัด.....
เบิกค่าใช้จ่ายจากรพ.....บาท จากหน่วยงานผู้จัด.....บาท

๒. สรุปความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ

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

๓. การประเมินตนเองของผู้เข้าร่วมการประชุม/อบรม/สัมมนา/ศึกษาดูงาน

๓.๑ ได้รับความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น () มากที่สุด () มาก () ปานกลาง () น้อย

๓.๒ ความรู้และทักษะที่ได้รับจะนำมาใช้ประโยชน์อย่างไร ภายในระยะเวลา ๖ เดือน

- () จัดอบรม เผยแพร่ความรู้ที่ได้รับแก่บุคลากรในหน่วยงานหรือผู้ที่สนใจ ช่วงเวลา.....
() จัดทำคู่มือ/เอกสารวิชาการ/ปรับปรุงมาตรฐานเรื่อง.....
() พัฒนาคุณภาพงานของตนเอง ได้แก่.....
() งานวิจัยเรื่อง.....
() อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความเห็นของผู้อำนวยการ.....

ลงชื่อ.....

(นส.ชวณี สิ้นธวงศานนท์)

นายแพทย์ชำนาญการ

รักษาราชการในตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเนินสง่า

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ ส่งพร้อมใบเบิกเบี้ยเลี้ยงที่การเงิน กรณีไม่มีการเบิกให้ส่งทั้งงานพัฒนาบุคลากร ภายใน ๒ สัปดาห์ใบแสดงความ
จำนงขออบรม/ประชุม/สัมมนา/ศึกษาดูงานภายในประเทศ โรงพยาบาลเนินสง่า

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้าพเจ้า.....

๒. ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....เงินเดือน.....

หน่วยงาน.....หน้าที่รับผิดชอบปัจจุบัน.....

๓. เรื่องที่ต้องการไปอบรม/ประชุม/สัมมนา/ศึกษาคูงาน

วัตถุประสงค์.....

๔. ระยะเวลา.....วัน ระหว่างวันที่.....สถานที่จัดอบรม.....

๕. หน่วยงานผู้จัด.....

๖. ภายหลังจากอบรม/ประชุม/สัมมนา/ศึกษาคูงาน แล้วท่านคิดว่าจะนำประโยชน์ที่ได้รับมาพัฒนาหน่วยงานอย่างไร

() ๑. จัดอบรม เผยแพร่ความรู้ที่ได้รับแก่บุคลากรในหน่วยงานหรือผู้ที่สนใจ ช่วงเวลา.....

() ๒. จัดทำคู่มือ/เอกสารวิชาการ/ปรับปรุงมาตรฐานเรื่อง.....

() ๓. พัฒนาคุณภาพงานของตนเอง ได้แก่.....

() ๔. งานวิจัยเรื่อง.....

() ๕. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

๗. งบประมาณที่ใช้

๗.๑. ค่าเบี้ยเลี้ยง.....บาท ๗.๒ ค่าพาหนะ.....บาท ๗.๓ ค่าลงทะเบียน.....บาท

๗.๔. ค่าที่พัก.....บาท ๗.๕ อื่น ๆ ระบุ.....

รวมเป็นเงิน..... บาท (.....)

ลงชื่อ.....ผู้แสดงความจำนง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความคิดเห็นของหัวหน้าหน่วยงาน.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความคิดเห็นของประธานHRD.....

ลงชื่อ.....ประธานHRD

(.....)

ความคิดเห็นหัวหน้าฝ่าย.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าฝ่าย

(.....)

() อนุมัติ () ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(นส.ชวณี ลินธวงสานนท์)

นายแพทย์ชำนาญการ

รักษาราชการในตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเนินสง่า

ส่วนที่ ๒ การประเมินผลการพัฒนางานโดยหัวหน้างาน

ชื่อ – สกุล ผู้รับการประเมิน.....หน่วยงาน.....

ได้รับการพัฒนาเรื่อง.....

เมื่อวันที่.....

หลังจากได้รับการพัฒนาทางวิชาการแล้ว ผู้รับการพัฒนา

- ๑. มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นในเรื่องที่ได้รับการพัฒนา () มาก () ปานกลาง () น้อย
- ๒. มีความมั่นใจในการทำงานในเรื่องที่ได้รับการพัฒนา () มาก () ปานกลาง () น้อย
- ๓. มีความกระตือรือร้นในการทำงาน () มาก () ปานกลาง () น้อย
- ๔. การปฏิบัติงานส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี () มาก () ปานกลาง () น้อย
- ๕. ให้คำแนะนำและถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนร่วมงานได้ () มาก () ปานกลาง () น้อย

การนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์

- () จัดอบรม เผยแพร่ความรู้ที่ได้รับแก่บุคลากรในหน่วยงานหรือผู้ที่สนใจ
ช่วงเวลา.....ผู้เข้าร่วมประชุม.....คน
- () จัดทำคู่มือ/เอกสารวิชาการ/ปรับปรุงมาตรฐานเรื่อง.....
- () พัฒนาคุณภาพงานของตนเอง ได้แก่.....
.....
.....
- () งานวิจัยเรื่อง.....
- () อื่น ๆ โปรดระบุ.....
- () ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจาก.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน
(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของผู้อำนวยการ

.....
.....

ลงชื่อ.....

(นส.ชวณี สินธุวงสานนท์)

นายแพทย์ชำนาญการ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเนินสง่า

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....