

ด่วน

ที่ นศ ๐๐๒๓.๒/ว ๓๐๗๕

ศาลากลางจังหวัดนครศรีธรรมราช
ถนนราชดำเนิน นศ ๘๐๐๐๐

๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอรบความต้องการแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ปีงบประมาณ ๒๕๕๙

เรียน นายกเทศมนตรีนครนครศรีธรรมราช เมืองปากพนัง เมืองทุ่งสง และเมืองปากพูน

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ด่วนมาก ที่ มท ๐๘๐๙.๕/ว ๒๔
ลงวันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๘ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยจังหวัดนครศรีธรรมราชได้รับแจ้งจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นว่า สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แจ้งว่าคณะกรรมการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญาฯ ขอรบความต้องการแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรของหน่วยงานต่างๆ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ เพื่อใช้เป็นแนวทางประกอบการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญาฯ ที่คาดว่าจะสำเร็จการศึกษา ณ สิ้นปีการศึกษา ๒๕๕๘ ไปปฏิบัติงานชดใช้ทุน โดยจะจัดสรรให้เฉพาะส่วนราชการ/หน่วยงานที่มีอัตราว่าง และมีตำแหน่งสามารถบรรจุนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ซึ่งจะสำเร็จการศึกษาเข้าปฏิบัติงานในวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๕๙ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงขอให้เทศบาลที่ต้องการแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ กรอกแบบสอบถามตามแบบที่กำหนด แล้วส่งให้สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ โดยตรง ภายในวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๘ พร้อมสำเนาแบบสอบถามดังกล่าว ให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และจังหวัดนครศรีธรรมราชทราบด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิณิจ บุญเลิศ)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดนครศรีธรรมราช ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดนครศรีธรรมราช

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด
กลุ่มงานมาตรฐานการบริหารงานบุคคลท้องถิ่น
โทร.๐-๗๕๓๕-๖๓๗๕ ต่อ ๒๑ โทรสาร ต่อ ๒๖

๒
ด่วนมาก

ที่ มท๐๘๐๙.๕/ ๑๒๕



สำนักงาน ก.ท.จ.ก.อบต.นครศรีธรรมราช
เลขที่รับ.....๖๖๑๙
วันที่.....๑๗ ธ.ค. ๖๕๕๘
เวลา..... น.

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กทม.๑๐๓๐๐

๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอรบความต้องการแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ปีงบประมาณ ๒๕๕๙

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสถาบันพระบรมราชชนก ที่ สธ ๐๒๐๓.๐๔/ว ๑๕ ลงวันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๕๘

สำนักงานส่งเสริมการปกครอง
ท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช
เลขที่รับ.....๑๕๘๙
วันที่.....๑๗ ธ.ค. ๒๕๕๘
เวลา.....

ด้วยสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแจ้งว่า คณะกรรมการ
พิจารณาจัดสรรนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญา มีความประสงค์ขอทราบความต้องการ
แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ของหน่วยงานต่างๆ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ เพื่อใช้เป็นแนวทาง
ประกอบการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญา ที่คาดว่าจะสำเร็จ
การศึกษา ณ สิ้นปีการศึกษา ๒๕๕๘ ไปปฏิบัติงานชดใช้ทุน โดยจะจัดสรรให้เฉพาะส่วนราชการ/หน่วยงานที่มี
อัตราว่าง และมีตำแหน่งสามารถบรรจุนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ซึ่งจะสำเร็จการศึกษาเข้า
ปฏิบัติงานได้ภายในวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๕๙ รายละเอียดตามหนังสือที่ส่งมาพร้อมนี้

ดังนั้น เพื่อให้ทราบข้อมูลความต้องการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องดังกล่าว
จึงขอความร่วมมือจังหวัดกรุณาแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องการแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร
ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ กรอกแบบสอบถามตามที่กำหนด และสามารถดาวน์โหลดแบบสอบถามได้ที่
<http://www.pi.ac.th> แล้วส่งคืนให้สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ โดยตรง ภายในวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๘ พร้อมทั้งให้ส่งสำเนาแบบสอบถาม
ดังกล่าวให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทราบด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมดี คชาภัยยืน)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

สำนักพัฒนาระบบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น
ส่วนประสานการถ่ายโอนบุคลากรและมาตรฐานตำแหน่ง
โทร. ๐-๒๒๔๑-๙๐๐๐ ต่อ ๓๓๓๑

- (



ที่ สธ ๐๒๐๓.๐๔/ว. ๑๕

กระทรวงมหาดไทย
กองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย
วันที่ ๑๐ มิ.ย. ๒๕๕๘
เลขรับ ๒๑๙๙๕
เวลา

สถาบันพระบรมราชชนก

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒ มิถุนายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอรบความ ต้องการแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ปีงบประมาณ ๒๕๕๙

เรียน ปลัดกระทรวงมหาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบสอบถามความต้องการแพทย์

๒. แบบสอบถามความต้องการทันตแพทย์

๓. แบบสอบถามความต้องการเภสัชกร

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
เลขรับ ๓๕๕๕๘
วันที่ ๙ มิ.ย. ๒๕๕๘
เวลา

สำนักพัฒนาระบบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น
เลขที่รับ ๔๖๔๐
วันที่ ๙ มิ.ย. ๒๕๕๘

ด้วยคณะกรรมการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญา ๖ ปี
ชุดใช้ทุน มีความประสงค์ขอรบความ ต้องการแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ของกระทรวง.กรม.องค์กร.....
ปกครองส่วนท้องถิ่น และส่วนราชการ/หน่วยงานต่างๆ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ เพื่อใช้เป็นแนวทาง
ประกอบการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญา ที่คาดว่าจะสำเร็จ
การศึกษา ณ สิ้นปีการศึกษา ๒๕๕๘ ไปปฏิบัติงานชุดใช้ทุน ซึ่งในการจัดสรรดังกล่าว คณะกรรมการฯ จะ
จัดสรรให้เฉพาะส่วนราชการ/หน่วยงานที่มีอัตราว่าง มีตำแหน่งที่สามารถบรรจุนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์
และเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญา ได้ภายในวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๕๙

จึงเรียนมาเพื่อโปรดแจ้งให้หน่วยงานในสังกัดของท่านที่ต้องการแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร
ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ กรอกข้อมูลตามที่ส่งมาพร้อมนี้ และสามารถดาวน์โหลดแบบสอบถามนี้ได้ที่
<http://www.pi.ac.th> แล้วส่งคืนไปยังสถาบันพระบรมราชชนกภายในวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๘ ด้วย
จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ
นางสาวปัทมา ทองสม

(นางสาวปัทมา ทองสม)
นักวิชาการศึกษานโยบายพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการศึกษาเชี่ยวชาญ
รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก

หน่วยบริหารยุทธศาสตร์กำลังคน

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๑๑, ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๒๖

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๑๑, ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๒๖

แบบสอบถามความต้องการแพทย์ ปีงบประมาณ 2559

1. ชื่อส่วนราชการ/ (ระดับกรมหรือเทียบเท่า).....
2. ข้อมูลจำนวนตำแหน่งที่ต้องการในปีงบประมาณ 2559
- 2.1 หน่วยงานการศึกษา (คณะ/อื่นๆ).....

ภาควิชา/สาขา/หน่วยกอง/หน่วย สำหรับวชน.กอง/ ฝ่ายสำหรับวชน.	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อตำแหน่ง	เลขที่ ตำแหน่ง	อัตรา เงินเดือน	จำนวน
		ชรก	พนักงานองค์การ ของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย	อื่นๆ (ระบุ)				
1)									
2)									
3)									
4)									
5)									
รวมทั้งสิ้น									

หากไม่มีเลขที่ตำแหน่งและอัตราเงินเดือน ในกรณีนี้จะต้องระบุว่าสามารถจัดหาอัตราตำแหน่งเพื่อบรรจุแพทย์ใช้ทุนได้ในวันที่ 1 มิถุนายน 2559 หรือไม่

☐ ได้

☐ ไม่ได้

2.1.1 โปรแกรมระบุจำแนกสาขาให้ชัดเจนตามตารางต่อไปนี้

ชื่อหน่วยงาน/โครงการ	จำนวนความต้องการจำแนกตามสาขา								รวม
	ปรีคลินิก		สาขาประเภทที่ 1 (สาขาขาดแคลน)		สาขาประเภทที่ 2		คลินิกทั่วไป/อื่นๆ		
	สาขา	จำนวน	สาขา	จำนวน	สาขา	จำนวน	สาขา	จำนวน	
1) ภาควิชา.....									
2) ภาควิชา.....									
3) ภาควิชา.....									
4) ภาควิชา.....									
5) อื่นๆ (โปรดระบุ).....									
รวม									

2.1.2 โครงการทดแทนกษียณอายุราชการ โปรแกรมระบุจำแนกสาขาให้ชัดเจนตามตารางต่อไปนี้ (โปรดแนบโครงการ ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ 3 ปี ขึ้นไป)

ชื่อหน่วยงาน/โครงการ	จำนวนความต้องการจำแนกตามสาขา								รวม
	ปรีคลินิก		สาขาประเภทที่ 1 (สาขาขาดแคลน)		สาขาประเภทที่ 2		คลินิกทั่วไป/อื่นๆ		
	สาขา	จำนวน	สาขา	จำนวน	สาขา	จำนวน	สาขา	จำนวน	
1) ภาควิชา.....									
2) ภาควิชา.....									
3) ภาควิชา.....									
4) ภาควิชา.....									
5) อื่นๆ (โปรดระบุ).....									
รวม									

2.1.3 โครงการพัฒนาเฉพาะ ด้านอาจารย์สายขาดแคลนหรือโครงการพิเศษอื่นๆ โปรดระบุตำแหน่งสาขาให้ชัดเจนตามตารางต่อไปนี้ (โปรดแนบโครงการมาด้วย)

ชื่อหน่วยงาน/โครงการ	จำนวนความต้องการจำแนกตามสาขา								รวม
	ปรีคลินิก		สาขาประเภทที่ 1 (สาขาขาดแคลน)		สาขาประเภทที่ 2		คลินิกทั่วไป/อื่นๆ		
	สาขา	จำนวน	สาขา	จำนวน	สาขา	จำนวน	สาขา	จำนวน	
-1) ภาควิชา.....									
2) ภาควิชา.....									
3) ภาควิชา.....									
4) ภาควิชา.....									
5) อื่นๆ (โปรดระบุ).....									
รวม									

2.2 หน่วยงานการให้บริการ (โรงพยาบาล/อื่นๆ).....

หน่วยงาน/แผนก	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อตำแหน่ง	เลขที่ตำแหน่ง	อัตราเงินเดือน	จำนวน
		ชรก	พนักงานองค์การของรัฐ	พนักงานมหาวิทยาลัย	อื่นๆ (ระบุ)				
1)									
2)									
3)									
4)									
5)									
รวม									

หากไม่เสียชีวิต แต่แหล่งและอัตราเงินเดือนในการนี้จะต้องระบุว่าจะสามารถจัดหาอัตราค่าแห่งเพื่อบรรจุแพทย์ใช้ทุนได้ในวันที่ 1 มิถุนายน 2559 หรือไม่

৬৫

ໄມ້ໄຊ

2.2.1 โปรดระบุจำแนกสาขาให้ชัดเจนตามตารางต่อไปนี้เป็น

[illegible]

2.3 หน่วยงานประเภทอื่น (ซึ่งมี/เช่น หน่วยงานทางการศึกษา หรือหน่วยงานให้บริการ).

ชื่อหน่วยงานย่อย ฝ่าย/ภาควิชา/สาขา/อื่นๆ	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อตำแหน่ง	เลขที่ ตำแหน่ง	อัตรา เงินเดือน	จำนวน
		ชรก	พนักงานองค์การ ของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย	อื่นๆ (ระบุ)				
1)									
2)									
3)									
รวม									

หากไม่มีเลขที่ตำแหน่งและอัตราเงินเดือนในการนี้จะต้องระบุว่าจะสามารถจัดหาอัตราตำแหน่งเพื่อบรรจุแพทย์ใช้ทุนได้ในวันที่ 1 มิถุนายน 2559 หรือไม่

- ☐ ได้
- ☐ ไม่ได้

2.3.1 โปรดระบุจำนวนสาขาให้ชัดเจนตามตารางต่อไปนี้

ชื่อหน่วยงาน/โครงการ	จำนวนความต้องการจำนวนตามสาขา							
	پریشلینک		สาขาประเภทที่ 1 (สาขาขาดแคลน)		สาขาประเภทที่ 2		คลินิกทั่วไป/อื่นๆ	
	สาขา	จำนวน	สาขา	จำนวน	สาขา	จำนวน	สาขา	จำนวน
1) ภาควิชา.....								
2) ภาควิชา.....								
3) ภาควิชา.....								
4) ภาควิชา.....								
5) อื่นๆ (โปรดระบุ).....								
รวม								

4. ส่วนราชการ/หน่วยงานนี้ให้ทุนการศึกษาหรือทุนอื่นๆ แก่นักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญา ระดับแพทยศาสตรบัณฑิตในประเทศ โดยมีข้อผูกพันว่าจะต้องกลับมารับราชการในส่วนราชการหรือหน่วยงานนี้หรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี (โปรดระบุชื่อผู้รับทุนในข้อ 5)

5. รายชื่อผู้รับทุนที่จะได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต ในปีการศึกษา..... (ถ้ามี)

[illegible]

6. ข้อมูลลักษณะงานและหน้าที่การรับผิดชอบที่ศึกษาเพื่อผู้ทำสัญญา เข้าปฏิบัติงาน (โปรดระบุรายละเอียดเพื่อใช้ประกาศในหนังสือศึกษา หรือลงรายละเอียดเหตุผลของตำแหน่งงานที่ต้องการ) (๖๓ตัวหนังสือ)

[illegible]

7. ชื่อผู้ประสานงาน/ผู้รับผิดชอบ/และ website กรณีนักศึกษา ประสงค์ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับหน่วยงานการจัดสรร/คัดเลือกฯ

7.1 ชื่อ-นามสกุล.....

สถานที่ทำงาน (กรม/กอง/ฝ่าย/คณะ/ภาควิชา/สาขา).....

เบอร์มือถือ.....

7.2 โปรดระบุข้อมูลที่พักประเภทบน Website ของหน่วยงาน (ถ้ามี)

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

แบบสอบถามความต้องการทันตแพทย์ ปีงบประมาณ 2559

1. ชื่อส่วนราชการ/ (ระดับกรมหรือเทียบเท่า).....
2. ข้อมูลจำนวนตำแหน่งที่ต้องการในปีงบประมาณ 2559

2.1 หน่วยงานการศึกษา (คณะ/อื่นๆ).....

ชื่อหน่วยงานย่อย ฝ่าย/ภาควิชา/สาขา/อื่นๆ	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อ ตำแหน่ง	เลขที่ ตำแหน่ง	อัตรา เงินเดือน	จำนวน
		ขรก.	พนักงาน องค์การ ของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย	อื่นๆ (ระบุ)				
1)									
2)									
3)									
4)									
5)									
รวม									

2.2 หน่วยงานการให้บริการ (โรงพยาบาล/อื่นๆ).....

ชื่อหน่วยงานย่อย ฝ่าย/ภาควิชา/สาขา/อื่นๆ	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อ ตำแหน่ง	เลขที่ ตำแหน่ง	อัตรา เงินเดือน	จำนวน
		ขรก	พนักงาน องค์การ ของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย	อื่นๆ (ระบุ)				
1)									
2)									
3)									
4)									
5)									
รวม									

2.3 หน่วยงานประเภทอื่น (ซึ่งมิใช่หน่วยงานทางการศึกษาให้บริการ).....

ชื่อหน่วยงานย่อย ฝ่าย/ภาควิชา/สาขา/อื่นๆ	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อ ตำแหน่ง	เลขที่ ตำแหน่ง	อัตรา เงินเดือน	จำนวน
		ขรก	พนักงาน องค์การ ของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย	อื่นๆ (ระบุ)				
1)									
2)									
3)									
4)									
5)									
รวม									

3. ส่วนราชการ/หน่วยงานแห่งนี้มีผู้ดำรงตำแหน่งทันตแพทยศาสตรบัณฑิตในขณะนี้ จำนวน.....ตำแหน่ง

4. ส่วนราชการ/หน่วยงานนี้ให้ทุนการศึกษาหรือทุนอื่นๆ แก่นักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาฯ ระดับ

ทันตแพทยศาสตรบัณฑิตในประเทศ โดยมีข้อผูกพันว่าจะต้องกลับมารับราชการในส่วนราชการหรือหน่วยงานนี้หรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี (โปรดระบุชื่อผู้รับทุนในข้อ 5)

5. รายชื่อผู้รับทุนที่จะได้รับปริญญาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ในปีการศึกษา.....(ถ้ามี)

ชื่อผู้รับทุน	สถานศึกษา	หน่วยงานและระยะเวลาที่ต้องปฏิบัติงานตามสัญญา

6. โปรดระบุลักษณะงานทางการทหารของส่วนราชการ / หน่วยงานนี้โดยย่อตามลำดับความสำคัญ

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....
- 5).....

7. ข้อมูลลักษณะงานและหลักเกณฑ์การคัดเลือกนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาฯ เข้าปฏิบัติงาน
(โปรดระบุรายละเอียด) (ใช้ตัวพิมพ์)

ชื่อตำแหน่ง	ลักษณะงาน	คุณสมบัติของผู้สมัคร / หลักฐานประกอบการสมัคร	หลักเกณฑ์และ วิธีการคัดเลือก

8. ชื่อผู้ประสานงาน/ผู้รับผิดชอบ/และ website กรณีนักศึกษาฯ ประสงค์ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับหน่วยงาน
การจัดสรร/คัดเลือกฯ

8.1 ชื่อ-นามสกุล.....
สถานที่ทำงาน (กรม/กอง/ฝ่าย).....
เบอร์มือถือ.....

8.2 ชื่อ Website ของแผนก/หน่วยงาน/ส่วนราชการ

.....
.....

2.3 หน่วยงานประเภทอื่น (ซึ่งมิใช่หน่วยงานทางการศึกษาให้บริการ).....

ชื่อหน่วยงานย่อย ฝ่าย/ภาควิชา/สาขา/อื่นๆ	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อ ตำแหน่ง	เลขที่ ตำแหน่ง	อัตรา เงินเดือน	จำนวน
		ขรก	พนักงาน องค์การ ของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย	อื่นๆ (ระบุ)				
1)									
2)									
3)									
4)									
5)									
รวม									

3. ส่วนราชการ/หน่วยงานแห่งนี้มีผู้ดำรงตำแหน่งเภสัชศาสตร์บัณฑิตในขณะนี้ จำนวน.....ตำแหน่ง

4. ส่วนราชการ/หน่วยงานนี้ให้ทุนการศึกษาหรือทุนอื่นๆ แก่นักศึกษาเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญาฯ ระดับ
เภสัชศาสตร์บัณฑิตในประเทศ โดยมีข้อผูกพันว่าจะต้องกลับมารับราชการในส่วนราชการหรือหน่วยงานนี้
หรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี (โปรดระบุชื่อผู้รับทุนในข้อ 5)

5. รายชื่อผู้รับทุนที่จะได้รับปริญญาเภสัชศาสตร์บัณฑิต ในปีการศึกษา.....(ถ้ามี)

ชื่อผู้รับทุน	สถานศึกษา	หน่วยงานและระยะเวลาที่ ต้องปฏิบัติงานตามสัญญา

แบบสอบถามความต้องการเภสัชศาสตร์ ปีงบประมาณ 2559

1. ชื่อส่วนราชการ/ (ระดับกรมหรือเทียบเท่า).....
2. ข้อมูลจำนวนตำแหน่งที่ต้องการในปีงบประมาณ 2559

2.1 หน่วยงานการศึกษา (คณะ/อื่นๆ).....

ชื่อหน่วยงานย่อย ฝ่าย/ภาควิชา/สาขา/อื่นๆ	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อ ตำแหน่ง	เลขที่ ตำแหน่ง	อัตรา เงินเดือน	จำนวน
		ขรก.	พนักงาน องค์การ ของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย	อื่นๆ (ระบุ)				
1)									
2)									
3)									
4)									
5)									
รวม									

2.2 หน่วยงานการให้บริการ (โรงพยาบาล/อื่นๆ).....

ชื่อหน่วยงานย่อย ฝ่าย/ภาควิชา/สาขา/อื่นๆ	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อ ตำแหน่ง	เลขที่ ตำแหน่ง	อัตรา เงินเดือน	จำนวน
		ขรก	พนักงาน องค์การ ของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย	อื่นๆ (ระบุ)				
1)									
2)									
3)									
4)									
5)									
รวม									

2.3 หน่วยงานประเภทอื่น (ซึ่งมิใช่หน่วยงานทางการศึกษาให้บริการ).....

ชื่อหน่วยงานย่อย ฝ่าย/ภาควิชา/สาขา/อื่นๆ	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อ ตำแหน่ง	เลขที่ ตำแหน่ง	อัตรา เงินเดือน	จำนวน
		ขรก	พนักงาน องค์การ ของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย	อื่นๆ (ระบุ)				
1)									
2)									
3)									
4)									
5)									
รวม									

3. ส่วนราชการ/หน่วยงานแห่งนี้มีผู้ดำรงตำแหน่งเภสัชศาสตร์บัณฑิตในขณะนี้ จำนวน.....ตำแหน่ง

4. ส่วนราชการ/หน่วยงานนี้ให้ทุนการศึกษาหรือทุนอื่นๆ แก่นักศึกษาเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญาฯ ระดับ
เภสัชศาสตร์บัณฑิตในประเทศ โดยมีข้อผูกพันว่าจะต้องกลับมารับราชการในส่วนราชการหรือหน่วยงานนี้
หรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี (โปรดระบุชื่อผู้รับทุนในข้อ 5)

5. รายชื่อผู้รับทุนที่จะได้รับปริญญาเภสัชศาสตร์บัณฑิต ในปีการศึกษา.....(ถ้ามี)

ชื่อผู้รับทุน	สถานศึกษา	หน่วยงานและระยะเวลาที่ ต้องปฏิบัติงานตามสัญญา

6. เปรียบเทียบลักษณะงานที่งานการและการเลือกสรรของงานใน 10 ปี / ทนของ นนตยอชต เมล เทบร เมล เทบ

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....
- 5).....

7. ข้อมูลลักษณะงานและหลักเกณฑ์การคัดเลือกนักศึกษาเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญาฯ เข้าปฏิบัติงาน
(โปรดระบุรายละเอียด) (ใช้ตัวพิมพ์)

ชื่อตำแหน่ง	ลักษณะงาน	คุณสมบัติของผู้สมัคร / หลักฐานประกอบการสมัคร	หลักเกณฑ์และ วิธีการคัดเลือก

8. ชื่อผู้ประสานงาน/ผู้รับผิดชอบ/และ website กรณีนักศึกษาฯ ประสงค์ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับหน่วยงาน
การจัดสรร/คัดเลือกฯ

8.1 ชื่อ-นามสกุล.....
สถานที่ทำงาน (กรม/กอง/ฝ่าย).....
เบอร์มือถือ.....

8.2 ชื่อ Website ของแผนก/หน่วยงาน/ส่วนราชการ

.....
.....