สิ่งที่ส่งมาด้วย 1

**เอกสารประกอบการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน**

**เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการและชำนาญการพิเศษ**

**กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ**

(กรณีตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่)

ชื่อผู้รับการประเมิน

ขอรับการประเมินในตำแหน่ง (ด้าน ) ระดับ

ตำแหน่งเลขที่ สังกัด (ระบุ กลุ่ม/ฝ่าย/ศูนย์, สำนัก/กอง/กลุ่ม, กรม ตามโครงสร้างส่วนราชการทางกฎหมาย)

(ปฏิบัติราชการที่ (ระบุ งาน/กลุ่ม, สำนัก/กอง/กลุ่ม/ศูนย์, กรม ตามโครงสร้างส่วนราชการภายใน (ถ้ามี)) )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **องค์ประกอบในการพิจารณาประเมินบุคคล** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้รับ** |
| 1. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย | 20 |  |
| 1. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง | 20 |  |
| 1. ผลงานที่จะส่งประเมิน   เรื่อง “.............................................................................................................  ............................................................................................................” | 25 |  |
| 1. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน   เรื่อง “.............................................................................................................  ............................................................................................................” | 20 |  |
| 1. องค์ประกอบอื่นที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานในตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง เช่น วิสัยทัศน์ ทัศนคติ ภาวะการนำ การสื่อสารโน้มน้าวและปฏิสัมพันธ์ที่ดี เป็นต้น | 15 |  |
| รวม | **100** |  |

ลงชื่อ

( )

ตำแหน่ง

(ผู้อำนวยการกองหรือเทียบเท่าขึ้นไปตามโครงสร้างกรมฯ)

วันที่

หมายเหตุ : ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลจะต้องได้คะแนนในแต่ละองค์ประกอบไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และ  
ได้คะแนนรวมทุกองค์ประกอบไม่น้อยกว่าร้อยละ 60

**ข้อมูลบุคคล**

1. ชื่อ (ผู้ขอประเมิน)
2. ตำแหน่ง (ปัจจุบัน) (ด้าน ) ตำแหน่งเลขที่

ส่วนราชการ (ระบุ กลุ่ม/ฝ่าย/ศูนย์, สำนัก/กอง/กลุ่ม, กรม ตามโครงสร้างส่วนราชการทางกฎหมาย)

(ปฏิบัติราชการที่ (ระบุ งาน/กลุ่ม, สำนัก/กอง/กลุ่ม/ศูนย์, กรม ตามโครงสร้างส่วนราชการภายใน (ถ้ามี)) )

ดำรงตำแหน่งนี้วันที่ เดือน พ.ศ.

อัตราเงินเดือนปัจจุบัน บาท

1. ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง (ด้าน ) ตำแหน่งเลขที่

ส่วนราชการ (ระบุ กลุ่ม/ฝ่าย/ศูนย์, สำนัก/กอง/กลุ่ม, กรม ตามโครงสร้างส่วนราชการทางกฎหมาย)

(ปฏิบัติราชการที่ (ระบุ งาน/กลุ่ม, สำนัก/กอง/กลุ่ม/ศูนย์, กรม ตามโครงสร้างส่วนราชการภายใน (ถ้ามี)) )

1. ประวัติส่วนตัว (จาก ก.พ.7)

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. รวมอายุ ปี เดือน วัน

(นับถึงวันที่ เดือน พ.ศ. )

อายุราชการ ปี เดือน วัน

(วันที่ เดือน พ.ศ. ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. )

โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ Line ID :

หมายเหตุ : อายุตัวและอายุราชการนับถึงวันที่ยื่นคำขอประเมิน

1. ประวัติทางวินัย

* เคยมีความผิดทางวินัย
* อยู่ระหว่างดำเนินการสอบสวนทางวินัย
* ไม่เคยมีความผิดทางวินัย

1. ประวัติการศึกษา

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| คุณวุฒิและวิชาเอก | วัน เดือน ปีที่สำเร็จการศึกษา | สถาบัน |
| ระบุชื่อคุณวุฒิให้ครบถ้วน ถูกต้องตามใบปริญญาบัตร/ประกาศนียบัตร/  ใบรายงานผลการศึกษา (Transcript) | ระบุวัน เดือน ปีที่สำเร็จการศึกษา  ที่ปรากฏในใบปริญญาบัตร/ประกาศนียบัตร | ระบุชื่อสถาบัน  ให้ตรงกับใบปริญญาบัตร/ประกาศนียบัตร/ Transcript |

หมายเหตุ : แนบสำเนาใบปริญญาบัตร/ประกาศนียบัตร และ Transcript พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

1. ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) (ระบุชื่อใบอนุญาต) เลขที่ใบอนุญาต

วันออกใบอนุญาต วันหมดอายุ

หมายเหตุ : แนบสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

1. ประวัติการรับราชการ (จากเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน โดยแสดงรายละเอียดทุกรายการที่มีการเปลี่ยนแปลงตาม ก.พ. 7 เช่น การเลื่อนระดับ โอน ย้าย ลาออก บรรจุกลับ การเปลี่ยนแปลงส่วนราชการ ฯลฯ เป็นต้น)

| วันเดือนปี | ตำแหน่ง | อัตราเงินเดือน | สังกัด |
| --- | --- | --- | --- |
| (ตัวอย่าง)  1 ม.ค. 2561 | (ตัวอย่าง)  นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ | (ตัวอย่าง)  15,000 | (ตัวอย่าง)  กลุ่มพัฒนาวิชาการและเครือข่าย  กองสุขศึกษา  กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ |
| 1 ต.ค. 2566 | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  (ด้านส่งเสริมพัฒนา) | 20,000 | ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 9 กองวิศวกรรมการแพทย์  กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  (ปฏิบัติราชการที่กลุ่มสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน  ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 9 ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) |

1. ประวัติการฝึกอบรมดูงาน

| ปี พ.ศ. | ระยะเวลา | หลักสูตร | สถาบัน |
| --- | --- | --- | --- |
| ระบุเฉพาะ ปี พ.ศ. เช่น  2565 | ระบุเฉพาะระยะเวลา เช่น  3 วัน | ระบุเฉพาะชื่อหลักสูตร/วิชาที่ฝึกอบรมหรือดูงาน | ระบุชื่อสถาบัน/หน่วยงานที่จัดอบรมหรือดูงาน  \*ไม่ใช่สถานที่ที่ไปอบรม  หรือดูงาน |
| 2566 |  |  |  |
| 2567 |  |  |  |

1. ประสบการณ์ในการทำงาน (เคยปฏิบัติงานเกี่ยวกับอะไรบ้างที่นอกเหนือจากข้อ 8 เช่น เป็นหัวหน้าโครงการ หัวหน้างาน กรรมการ อนุกรรมการ วิทยากร อาจารย์พิเศษ เป็นต้น)

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

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

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

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

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

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

1. หน้าที่ความรับผิดชอบ
   1. หน้าที่ความรับผิดชอบปัจจุบัน

(ให้ระบุหน้าที่ความรับผิดชอบตามแบบบรรยายลักษณะงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือ  
คำสั่งมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ภายในหน่วยงาน โดยต้องมีการปฏิบัติงานดังกล่าวตามข้อเท็จจริง กรณีที่ยังไม่มีรายละเอียดของตำแหน่งในแบบบรรยายลักษณะงานของกรม หรือคำสั่งมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ภายในหน่วยงานอย่างชัดเจน ให้ระบุตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง)

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

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

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

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

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

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

หน้าที่ความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายเพิ่มเติม (ถ้าไม่มีให้ตัดหัวข้อนี้ออกได้)

(ให้ระบุเฉพาะกรณีที่หน้าที่ความรับผิดชอบตามแบบบรรยายลักษณะงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือคำสั่งมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ภายในหน่วยงาน หรือมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง แล้วแต่กรณี   
ยังไม่ครอบคลุมหน้าที่ความรับผิดชอบที่ได้ปฏิบัติตามข้อเท็จจริง

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

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

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

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

* 1. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง

(ให้ระบุหน้าที่ความรับผิดชอบตามแบบบรรยายลักษณะงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง โดยการระบุตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง เฉพาะกรณีที่ยังไม่มีรายละเอียดของตำแหน่งในแบบบรรยายลักษณะงานของกรม)

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

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

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

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

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

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

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

1. ผลการปฏิบัติราชการย้อนหลัง 3 ปี

| ลำดับที่ | ลักษณะงานที่ปฏิบัติ | หน่วยนับ | ปริมาณงาน | | | | | | หมายเหตุ |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ปีงบประมาณ  พ.ศ............... | | ปีงบประมาณ  พ.ศ............... | | ปีงบประมาณ  พ.ศ............... | |
| หน่วยงาน | เฉพาะตัว | หน่วยงาน | เฉพาะตัว | หน่วยงาน | เฉพาะตัว |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**หมายเหตุ** :

1. ผลงานย้อนหลัง 3 ปี ให้เสนอผลงานที่ตรงกับหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งที่จะได้รับ  
   การแต่งตั้ง โดยเสนอผลงานย้อนหลัง 3 ปี ถัดจากปีที่ส่งคำขอประเมิน เช่น ส่งคำขอประเมินในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ผู้ขอประเมินต้องเสนอผลงานของปีงบประมาณ พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 เป็นต้น
2. กรณีที่ระหว่างปีดังกล่าวได้รับอนุญาตให้ลาศึกษา ให้เว้นระยะเวลาที่ได้ลาศึกษา และให้เสนอผลงานของปีงบประมาณถัดไปแทน เช่น ผู้ขอประเมินลาศึกษา ตั้งแต่วันที่ 1 เม.ย. 65 - 31 มี.ค. 66

การเสนอผลงานให้เสนอผลงานของ ปีงบประมาณ 2563 คือ 1 ต.ค. 62 - 30 ก.ย. 63 (1 ปี)

ปีงบประมาณ 2564 คือ 1 ต.ค. 63 - 30 ก.ย. 64 (1 ปี)

ปีงบประมาณ 2565 คือ 1 ต.ค. 64 - 31 มี.ค. 65 (6 เดือน)

ปีงบประมาณ 2566 คือ 1 เม.ย. 66 - 30 ก.ย. 66 (6 เดือน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)........................................(ผู้ขอประเมิน)

(.......................................)

วันที่...............................................

**คำรับรองผลการปฏิบัติราชการของผู้บังคับบัญชา**

ได้ตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการของ...........ระบุชื่อผู้ขอรับการประเมิน.............................

ที่เสนอเรียบร้อยแล้ว เห็นว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

ความเห็นอื่น ๆ (ถ้ามี) .......................................................................................................................................

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

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

(.............................................................)

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

(หัวหน้ากลุ่ม/งาน/ฝ่าย ตามโครงสร้างกรมฯ)

วันที่..............................................................

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

(.............................................................)

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

(ผู้อำนวยการกองหรือเทียบเท่าขึ้นไปตามโครงสร้างกรมฯ)

วันที่..............................................................

**คำรับรองผลการปฏิบัติราชการของผู้บังคับบัญชาในหน่วยงานที่เคยดำรงตำแหน่ง** (ถ้ามี)

(เฉพาะกรณีที่ผลการปฏิบัติราชการย้อนหลัง 3 ปี ในหน่วยงานที่ดำรงตำแหน่งปัจจุบันไม่มีหรือไม่ครบถ้วน)

ได้ตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการของ...........ระบุชื่อผู้ขอรับการประเมิน.............................

ที่ได้เสนอให้ประเมินในขณะที่ปฏิบัติงานในตำแหน่ง.........................................................................................

สังกัด..................................................................................................................................................................

ในระหว่างวันที่.......1..ตุลาคม.................................ถึงวันที่...............................................................................

เห็นว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

ความเห็นอื่นๆ (ถ้ามี)...................................................................................................................................

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

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

(.............................................................)

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

(ผู้บังคับบัญชาระดับกองหรือเทียบเท่าขึ้นไปของ

หน่วยงานที่ผู้ขอรับการประเมินเคยดำรงตำแหน่ง)

วันที่.............................................................

**แบบตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคล**

**1. วุฒิการศึกษา**

( ) ตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งที่จะแต่งตั้งตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง

( ) ไม่ตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งที่จะแต่งตั้งตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง

แต่ได้รับการยกเว้นจาก ก.พ. ตามหลักเกณฑ์/หนังสือ...........................................................

\*สามารถตรวจสอบมาตรฐานกำหนดตำแหน่งได้ที่ https://www.ocsc.go.th/job/specification/officer

และตรวจสอบคุณวุฒิการศึกษาได้ที่ https://accreditation.ocsc.go.th/accreditation/search/curriculum

**2. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ**

( ) ไม่ได้กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง

( ) กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง

🞎 ตรงตามที่กำหนด โดยได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ…………………….………………………..

🞎 ไม่ตรงตามที่กำหนด

**3. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ระดับชำนาญการ**

( ) ดำรงตำแหน่งระดับปฏิบัติการ ครบตามที่กำหนด……………….ปี โดยได้รับวุฒิ.........................

(ปริญญาตรี 6 ปี/ ปริญญาโท 4 ปี/ ปริญญาเอก 2 ปี)

\*หมายเหตุ : ปริญญาตรีหลักสูตร 5 ปี กำหนด 5 ปี และหลักสูตร 6 ปี กำหนด 4 ปี

( ) ไม่ครบตามที่กำหนด แต่เคยได้รับการจ้างให้ปฏิบัติงานเป็นพนักงานราชการ ลูกจ้างชั่วคราว หรือพนักงานกระทรวงสาธารณสุข กรณีที่ได้รับการพิจารณาสิทธิประโยชน์ในการนับระยะเวลาและผลการปฏิบัติงานเพื่อประโยชน์ในการแต่งตั้งตามหลักเกณฑ์ที่ ก.พ. กำหนด

( ) …………………………………………………………………………………………………………………………………….

**4. ระยะเวลาขั้นต่ำในการดำรงตำแหน่งหรือเคยดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้ง ตาม ว 14/2564**

( ) ดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้ง ครบตามที่กำหนด…………….ปี โดยได้รับวุฒิ.......................

(ปริญญาตรี 6 ปี/ ปริญญาโท 4 ปี/ ปริญญาเอก 2 ปี)

\*หมายเหตุ : ปริญญาตรีหลักสูตร 5 ปี กำหนด 5 ปี และหลักสูตร 6 ปี กำหนด 4 ปี

( ) ไม่ครบตามที่กำหนด แต่เคยได้รับการจ้างให้ปฏิบัติงานเป็นพนักงานราชการ ลูกจ้างชั่วคราว หรือพนักงานกระทรวงสาธารณสุข กรณีที่ได้รับการพิจารณาสิทธิประโยชน์ในการนับระยะเวลาและผลการปฏิบัติงานเพื่อประโยชน์ในการแต่งตั้งตามหลักเกณฑ์ที่ ก.พ. กำหนด

( ) ไม่ครบตามที่กำหนดแต่ได้รับการพิจารณาให้นำระยะเวลาการดำรงตำแหน่งหรือเคยดำรงตำแหน่งในสายงานอื่นมานับเป็นระยะเวลาที่เกี่ยวข้องหรือเกื้อกูลกันได้

( ) …………………………………………………………………………………………………………………………………….

**สรุปผลการตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคล**

( ) อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะดำเนินการประเมินผลงานต่อไปได้

( ) ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะประเมินผลงานต่อไปได้

(ระบุเหตุผล)........................................................................................................................

ลงชื่อ……………..………….…………………..(ผู้ตรวจสอบ)

(……………………….…………......)

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

(ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่ของหน่วยงาน)

วันที่...........เดือน.................พ.ศ................

**เค้าโครงผลงานที่จะส่งเข้ารับการประเมินผลงาน**

1. เรื่อง

\*ต้องเป็นผลงานที่จัดทำขึ้นในระหว่างที่ดำรงตำแหน่งในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ขอประเมิน 1 ระดับ และเป็นผลงาน  
ไม่เกิน 5 ปี เว้นแต่คณะกรรมการประเมินผลงานจะกำหนดเป็นอย่างอื่น

2. ระยะเวลาการดำเนินการ (ตัวอย่าง เช่น 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566 (1 ปี))

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

4.3 เป้าหมายของงาน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

9. ข้อเสนอแนะ

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1) \*ระบุชื่อผู้ขอประเมิน ตำแหน่ง สัดส่วนร้อยละ

2) \*ระบุชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี) ตำแหน่ง สัดส่วนร้อยละ

3) \*ระบุชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี) ตำแหน่ง สัดส่วนร้อยละ

12. บทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน

1) บทบาทของผู้ขอประเมิน

2) บทบาทของผู้ร่วมจัดทำผลงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

(...............................................)

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ (ถ้ามี)

|  |  |
| --- | --- |
| รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน | ลายมือชื่อ |
| \*ระบุชื่อผู้ขอประเมิน |  |
| \*ระบุชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี) |  |
| \*ระบุชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี) |  |

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

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

(................................................)

ตำแหน่ง (หัวหน้ากลุ่ม/งาน/ฝ่าย ตามโครงสร้างกรมฯ)

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

(...............................................)

ตำแหน่ง (ผู้อำนวยการกองหรือเทียบเท่าขึ้นไป

ตามโครงสร้างกรมฯ)

**ข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน**

1. **เรื่อง** ..............................................................................................................................................................
2. **หลักการและเหตุผล**

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

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

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

1. **บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ** **และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข**

**3.1 บทวิเคราะห์**

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

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

* 1. **แนวความคิด**

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

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

* 1. **ข้อเสนอ**

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

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

* 1. **ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข**

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

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

1. **ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

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

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

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

1. **ตัวชี้วัดความสำเร็จ**

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

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

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

ลงชื่อ ......................................................

(....................................................)

ผู้ขอประเมิน

วันที่...............................................