# ประวัติบุคลากร รพ.สต............................................ เครือข่ายอำเภอปากพนัง

## ชื่อ-นามสกุล ..........................................................

**ตำแหน่งปัจจุบัน** .........................................................

**วุฒิการศึกษา** ปริญญาตรี .....................................................

**ใบประกอบโรคศิลปะ** เลขที่ ................................................

###### ประวัติการศึกษา

###### หลักสูตร สถาบัน ปี พ.ศ.ที่สำเร็จ

## ป.1-6 ………………………. ……………………..

ม.1-3 ……………………… ……………………..

ม. 4-6 ............................. ..........................

ปริญญาตรี .............................. ............................

###### ประวัติการทำงาน

###### พ.ศ. สถานที่รับราชการ ตำแหน่ง

........................... .................................. …………………………………..

…………………….. …………………………. ………………………………….

…………………………. ………………………….. ……………………………………

**สถานที่ติดต่อได้** .................................................................................

**เบอร์โทรศัพท์** …………………………………………

เอกสารแนบ(เอกสารประกอบวิชาชีพ,วุฒิการศึกษา)

1. …………………………………………………….
2. …………………………………………………………….

##### คำบรรยายลักษณะงาน(Job description)

##### .....................ชื่อ-สกุล ...............ตำแหน่ง.....................................

**คุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง : .....................................................**

* สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต
* มีใบประกอบวิชาชีพ

**หน้าที่ความรับผิดชอบหลัก ดังนี้**

1. **งานบริการ**

1.1...........................................................

1. งานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย
   1. .........................................................................................
   2. ......................................................................................
   3. ..................................................................................
2. หน้าที่ความรับผิดชอบรอง

3.1 ปฏิบัติงานด้าน...................................กรณีผู้รับผิดชอบหลักไม่อยู่

ลงชื่อ……………………………………… ผู้ปฏิบัติงาน ลงชื่อ………………………………ผู้มอบหมายงาน

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

ตำแหน่ง ................................................ ผอ.รพ.สต............................................

ลงวันที่ ..............................………… ลงวันที่ ……...........................………

**1. ประวัติการอบรม/ประชุม/สัมมนา**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| วันเดือนปี | เรื่อง | หน่วยงานที่จัด | สถานที่จัด |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**2. ประวัติการได้รับวัคซีน**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| วันเดือนปี | ชนิดของวัคซีน | ระยะเวลา | หมายเหตุ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**3. ประวัติการตรวจสุขภาพประจำปี**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| วันเดือนปี | รายการตรวจสุขภาพ | ผลการตรวจสุขภาพ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**4. ประวัติการได้รับอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| วันเดือนปี | รายละเอียดการได้รับอุบัติเหตุ | การดำเนินการแก้ไข |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**5. ประวัติการฝึกงาน (On The Job Training)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| วันเดือนปี | เรื่อง | ผู้ฝึกสอน | สังกัดผู้ฝึกสอน |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |