

ที่ กส ๐๐๓๒.๐๐๙/ว. ๑๑๗๕๖



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ถนนบายพาส-ทุ่งมน กส ๔๖๐๐๐

๑๓ ตุลาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอเชิญประชุมชี้แจงแนวทางในการกำหนดตำแหน่งและประเมินค่างาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ/หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

อ้างถึง ๑. หนังสือที่ สธ ๐๒๐๑.๐๓๒/ว๖๐๗ ลงวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๕๘

๒. หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๘/ว ๒ ลงวันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘

๓. หนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ กส ๐๐๓๒.๐๐๙/ว ๙๙๖๓ ลงวันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๕๘

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับการเข้าประชุม

จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง (๓) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ได้ส่งสำเนาคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสายวิชาชีพเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการกำหนดตำแหน่งเป็นระดับสูงขึ้น ประกอบการประเมินค่างานของสายงานประเภทวิชาการและประเภททั่วไป ตามแนวทางและหลักเกณฑ์ที่สำนักงาน ก.พ. และกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ นั้น

ในครั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จึงขอเชิญประธานและเลขานุการคณะทำงานในคำสั่งที่ ๑๐๓/๒๕๕๘ ลงวันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๕๘ คณะที่ ๑-๑๓ เข้าร่วมประชุมหาแนวทางและร่วมกันพิจารณาเกณฑ์เงื่อนไข ในการกำหนดตำแหน่งและประเมินค่างานของวิชาชีพต่าง ๆ ในวันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๕๘ เวลา ๐๙.๓๐ น. ณ ห้องประชุมไตรลักษณ์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นขวัญกำลังใจและความก้าวหน้าของวิชาชีพ และรวบรวมเสนอให้กระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณาในส่วนเกี่ยวข้องต่อไป ให้ผู้เข้าร่วมประชุมให้เบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการจากต้นสังกัด และขอให้ยืนยันและตอบรับการเข้าประชุมที่กลุ่มงานทรัพยากรบุคคลภายในวันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุมตาม วัน เวลา ดังกล่าวด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางนวิวรรณ ชมภูษา)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

โทรศัพท์ ๐ ๔๓๘๑ ๒๑๑๕

แบบตอบรับการและยืนยันการเข้าร่วมประชุม

เรื่อง ประชุมแนวทางการกำหนดตำแหน่งและประเมินค่างาน

วันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๕๘ เวลา ๐๙.๓๐ น. ณ ห้องประชุมไตรลักษณ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ลำดับที่ ๑ ชื่อ.....สกุล.....

ตำแหน่ง.....ระดับ.....กลุ่มงาน.....

ส่วนราชการ

ประธานคณะทำงานที่.....

ลำดับที่ ๒ ชื่อ.....สกุล.....

ตำแหน่ง.....ระดับ.....กลุ่มงาน.....

ส่วนราชการ

เลขานุการคณะทำงานที่.....

โทรศัพท์ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล เบอร์โทร ๐๔๓-๘๒๑๑๕

ส่งกลับกลุ่มงานทรัพยากรบุคคลภายในวันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๘

(กรณีไม่มีการตอบรับยืนยันการเข้าประชุมจะถือว่าท่านไม่ประสงค์ที่จะเข้าร่วมประชุมในครั้งนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดในการจัดสถานที่และอาหารสำหรับผู้เข้าร่วมประชุมแต่ละครั้ง)