**แบบรายงานผลการคัดเลือก หน่วยงาน/คนดีศรีสาธารณสุข/เรื่องเล่า**

**รง.1**

**รง.1**

**“ระดับเขตสุขภาพ” ประจำปี 2561**

**เขตสุขภาพที่..............หน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดประชุม...............................................................**

 **ชื่อ-นามสกุล (ผู้ประสาน).........................................................................หมายเลขโทรศัพท์.................................................**

1. **หน่วยงานที่มีผลงานดีเด่นด้านการพัฒนาโรงพยาบาลคุณธรรม/หน่วยงานคุณธรรมของจังหวัดต่างๆ ในเขตสุขภาพ**

* 1. จังหวัด......................ชื่อหน่วยงาน...........................................................หมายเลขโทรศัพท์ผู้ประสาน.............................
	2. จังหวัด......................ชื่อหน่วยงาน...........................................................หมายเลขโทรศัพท์ผู้ประสาน.............................
	3. จังหวัด......................ชื่อหน่วยงาน...........................................................หมายเลขโทรศัพท์ผู้ประสาน.............................
	4. จังหวัด......................ชื่อหน่วยงาน...........................................................หมายเลขโทรศัพท์ผู้ประสาน.............................
	5. จังหวัด......................ชื่อหน่วยงาน...........................................................หมายเลขโทรศัพท์ผู้ประสาน.............................

**2. หน่วยงานที่มีผลงานดีเด่นฯ ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอ (Oral Presentation) และจัดบูธนิทรรศการ จำนวน 1 ผลงาน**

ชื่อหน่วยงาน....................................................................................................จังหวัด.............................................................

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**3. ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นคนดีศรีสาธารณสุข จำนวน 4 รางวัล**

 3**.1 ประเภทข้าราชการ**

 3.1.1ชื่อ-นามสกุล...........................................................................ตำแหน่ง.....................................................................

 สถานที่ปฏิบัติงาน...................................................................หมายเลขโทรศัพท์......................................................

 3.1.2ชื่อ-นามสกุล............................................................................ตำแหน่ง...................................................................

 สถานที่ปฏิบัติงาน...................................................................หมายเลขโทรศัพท์...................................................

 **3.2 ประเภทพนักงานราชการ/ลูกจ้างประจำ/พนักงานกระทรวงสาธารณสุข/ลูกจ้างชั่วคราว**

 3.2.1ชื่อ-นามสกุล...........................................................................ตำแหน่ง.....................................................................

 สถานที่ปฏิบัติงาน..................................................................หมายเลขโทรศัพท์...................................................

 3.2.2ชื่อ-นามสกุล............................................................................ตำแหน่ง...................................................................

 สถานที่ปฏิบัติงาน...................................................................หมายเลขโทรศัพท์...................................................

๒

**4. คนดีศรีสาธารณสุขที่ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอ (Oral Presentation) ห้องคนดีศรีสาธารณสุข จำนวน ๑ ท่าน**

ชื่อ-นามสกุล.........................................................................................ตำแหน่ง...................................................................

 สถานที่ปฏิบัติงาน.................................................................................หมายเลขโทรศัพท์...................................................

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**5. ผู้ชนะเลิศการประกวดเรื่องเล่าระดับเขต จำนวน 1 รางวัล** (เพื่อเข้ารับการคัดเลือกในระดับกระทรวงฯ ในเดือนกรกฎาคม 2561)

ชื่อ-นามสกุล...........................................................................................ตำแหน่ง...................................................................

 สถานที่ปฏิบัติงาน.................................................................................หมายเลขโทรศัพท์.....................................................

หมายเหตุ : โปรดแจ้งที่อยู่เพื่อความรวดเร็วในการจัดส่งหนังสือเชิญเข้ารับการคัดเลือกในระดับกระทรวงฯ

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

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

 E-mail: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………..

ขอความกรุณาผู้รับผิดชอบการคัดเลือกในระดับเขตสุขภาพ

รวบรวมส่งข้อมูลให้ แก้วกัลยาสิกขาลัย หลังจากการคัดเลือก (ภายใน 1 สัปดาห์)

ทางโทรสาร 02 590 1816 หรือ E-mail : Keaw@pi.ac.th