

ส.ร.
สมัคร



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	
จังหวัดแม่ฮ่องสอน	
เลขที่รับ	3016
วันเดือนปี	- ๕ มิ.ย. ๒๕๖๗
เวลา	๑๖-46

ที่ มส ๐๐๓๓.๐๑๒/๑๖๑๖๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

ถนนขุนลุมประพาส มส ๕๘๐๐๐

๕ มิถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญส่งชื่อผู้ปฏิบัติงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๗

เรียน รายชื่อแนบท้าย

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดและแบบฟอร์มการส่งชื่อและผลงานเข้ารับการคัดเลือกฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ขอเชิญบุคลากรในจังหวัดที่มีคุณสมบัติ มุ่งมั่น ในการดำเนินงานตามแนวทางโครงการ TO BE NUMBER ONE จนเป็นที่ประจักษ์และเป็นที่ยอมรับ ทั้งในระดับจังหวัด ระดับภาค และระดับประเทศ อย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า ๕ ปี โดยสามารถส่งประวัติ เอกสาร หลักฐานการดำเนินงาน โดยย่อ (ไม่เกิน ๓ หน้า A๔) พร้อมรูปถ่าย เข้าร่วมการคัดเลือกบุคลากร TO BE NUMBER ONE ดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๗ ตามกลุ่มรางวัลดังนี้

๑. ผู้ว่าราชการจังหวัด TO BE NUMBER ONE
๒. รองผู้ว่าราชการจังหวัด TO BE NUMBER ONE
๓. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด TO BE NUMBER ONE
๔. บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด TO BE NUMBER ONE
๕. ผู้บริหาร อาจารย์ ในสถานศึกษา TO BE NUMBER ONE
๖. ผู้บริหาร พนักงาน ในสถานประกอบการ TO BE NUMBER ONE
๗. ผู้นำชุมชน TO BE NUMBER ONE (สามารถส่งได้ทุกระดับ เช่น ระดับอำเภอ/ชุมชน/ อบจ./อบต.)
๘. บุคลากรในสังกัดกระทรวงยุติธรรม (สถานพินิจ/กรมราชทัณฑ์/กรมคุมประพฤติ)

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอนขอความร่วมมือจากหน่วยงานของท่าน ประชาสัมพันธ์ผู้ที่สนใจร่วมส่งผลงานผู้ปฏิบัติงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ดีเด่น รายละเอียดตามสิ่งที่ ส่งมาด้วย โดยมีการประกาศผลในงานมหกรรมรวมพลสมาชิก TO BE NUMBER ONE ประจำปี ๒๕๖๗ ในวันจันทร์ที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ณ อาคารอิมแพ็คฟอรัม เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี ทั้งนี้ สามารถส่ง ประวัติ เอกสารหลักฐานการดำเนินงาน พร้อมรูปถ่าย ได้ที่ สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE กรมสุขภาพจิต ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ หรือ E-MAIL: social_dmh@hotmail.com

๒/หรือโทรสาร..

หรือโทรสาร ๐-๒๕๙๐-๘๑๕๗ ภายในวันศุกร์ที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๗ ผู้ส่งผลงานเข้ารับการคัดเลือก ต้องเป็นผู้ที่สามารถเข้าร่วมงาน ร่วมเฝ้ารับเสด็จ และร่วมในพิธีพระราชทานรางวัลในวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ตั้งแต่เวลา ๑๕.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ อาคารอิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี และถ้าได้รับคัดเลือกต้องเข้ารับพระราชทานรางวัลด้วยตนเองเท่านั้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นางภัทรา นวลคำ)

เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) รักษาการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

โทร ๐๕๓ ๖๑๑๒๘๑ ต่อ ๑๑๓

โทรสาร ๐๕๓ ๖๑๑๓๒๒

รายชื่อหน่วยงาน

- ๑ ผู้อำนวยการสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดแม่ฮ่องสอน
- ๒ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาแม่ฮ่องสอน เขต ๑
- ๓ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาแม่ฮ่องสอน เขต ๒
- ๔ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่ศึกษามัธยมศึกษาแม่ฮ่องสอน
- ๕ ผู้อำนวยการวิทยาลัยการอาชีพนวมินทรราชินีแม่ฮ่องสอน
- ๖ ผู้อำนวยการวิทยาลัยการอาชีพแม่สะเรียง
- ๗ รองอธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน
- ๘ แรงงานจังหวัดแม่ฮ่องสอน
- ๙ ท้องถิ่นจังหวัดแม่ฮ่องสอน
- ๑๐ ผู้บัญชาการเรือนจำจังหวัดแม่ฮ่องสอน
- ๑๑ ผู้บัญชาการเรือนจำอำเภอแม่สะเรียง
- ๑๒ ผู้อำนวยการสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดแม่ฮ่องสอน
- ๑๓ ผู้อำนวยการสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดแม่ฮ่องสอน
- ๑๔ นายอำเภอทุกอำเภอ

**รายละเอียดการส่งชื่อและผลงานเข้ารับการคัดเลือก
เป็นผู้ปฏิบัติงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๗**

ประเภทรางวัลผู้ปฏิบัติงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๗

๑. ผู้ว่าการจังหวัด TO BE NUMBER ONE
๒. รองผู้ว่าราชการจังหวัด TO BE NUMBER ONE ที่จะเกษียณอายุราชการปี ๒๕๖๗ เท่านั้น (รองผู้ว่าราชการจังหวัด TO BE NUMBER ONE)
๓. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด TO BE NUMBER ONE
๔. บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด TO BE NUMBER ONE
๕. ผู้บริหาร อาจารย์ ในสถานศึกษา TO BE NUMBER ONE
๖. ผู้บริหาร พนักงาน ในสถานประกอบการ TO BE NUMBER ONE
๗. ผู้นำชุมชน TO BE NUMBER ONE (สามารถส่งได้ทุกระดับ เช่น ชุมชน/อบจ./อบต.)
๘. บุคลากรในสังกัดกระทรวงยุติธรรม (สถานพินิจ / กรมราชทัณฑ์ / กรมคุมประพฤติ)

คุณสมบัติ

เป็นผู้มีงานทำ ทุ่มเท ในการดำเนินงานตามแนวทางโครงการ TO BE NUMBER ONE จนเป็นที่ประจักษ์และยอมรับทั้งในระดับจังหวัด ระดับภาค และระดับประเทศ อย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า ๕ ปี (นับผลงานย้อนหลังได้กรณีย้ายจากจังหวัดอื่น)

เงื่อนไข

๑. ผู้ส่งผลงานเข้ารับการคัดเลือกต้องเป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับพระราชทานรางวัลผู้ปฏิบัติงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ดีเด่น ประจำปีใดๆ มาก่อน

๒. ส่งประวัติ เอกสารหลักฐานการดำเนินงาน โดยย่อ (ไม่เกิน ๓ หน้า A๔) พร้อมรูปถ่าย เอกสารหลักฐานการดำเนินงาน และรูปถ่าย ถึง สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ทางไปรษณีย์ : สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE กรมสุขภาพจิต ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ หรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : social_dmh@hotmail.com หรือ โทรสาร ๐-๒๕๔๐-๘๑๕๗ ภายในวันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๗

๓. ผลการคัดเลือกผู้ปฏิบัติงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ดีเด่น เป็นความลับ จะประกาศผลหน้าพระที่นั่งองค์ประธานโครงการ TO BE NUMBER ONE แล้วเข้ารับพระราชทานรางวัลทันทีในงานมหกรรมรวมพลสมัชชา TO BE NUMBER ONE ประจำปี ๒๕๖๗ ซึ่งงานกำหนดจัดขึ้นระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ดังนั้น ผู้ส่งผลงานเข้ารับการคัดเลือก ต้องเป็นผู้ที่สามารถเข้าร่วมงาน ร่วมเฝ้ารับเสด็จ และร่วมในพิธีพระราชทานรางวัลในวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๕.๐๐ น. ณ อาคารอิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี และถ้าได้รับการคัดเลือกต้องเข้ารับพระราชทานรางวัลด้วยตนเองเท่านั้น

รางวัล

โล่เกียรติยศและเข็มทองพระราชทาน

หมายเหตุ : ประเภทอำเภอ TO BE NUMBER ONE ต้องมีผลการดำเนินงานครบ ๕ ปี สามารถส่งคัดเลือก

ผู้ปฏิบัติงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ดีเด่น ได้ในปี พ.ศ. ๒๕๖๘

(หากมีข้อสงสัยโปรดสอบถามได้ที่สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE

โทรศัพท์ ๐-๒๕๔๐-๘๒๕๗, ๐-๒๕๔๐-๘๒๕๖)

แบบฟอร์มการส่งชื่อและผลงานเข้ารับการคัดเลือก
เป็นผู้ปฏิบัติงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๗

ชื่อ-สกุล (ผู้ส่งผลงาน)..... อายุ.....ปี
วัน/เดือน/ปี เกิด..... โทรศัพท์(มือถือ).....
ชื่อชมรม.....
ตำแหน่ง หน้าที่ สถานะที่ปฏิบัติงาน ณ ปัจจุบัน.....
ตำแหน่ง หน้าที่ สถานะที่ปฏิบัติงาน ย้อนหลังอย่างน้อย ๕ ปี และปีปัจจุบัน

ปี	ตำแหน่ง/หน้าที่	สถานะที่ปฏิบัติงาน

ประสบการณ์ และผลการทำงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ตั้งแต่เริ่มต้น-ปัจจุบัน

➤ โปรดระบุปี พ.ศ. และประสบการณ์การปฏิบัติงานโครงการ TO BE NUMBER ONE

.....

.....

.....

.....

➤ โปรดระบุปี พ.ศ. รางวัลที่ได้รับร่วมประกวดผลงานจังหวัด อำเภอและชมรม TO BE NUMBER ONE และการสร้างเครือข่ายชมรม TO BE NUMBER ONE

.....

.....

.....

โปรดนำเสนอมุมมอง และ วิสัยทัศน์ เกี่ยวกับโครงการ TO BE NUMBER ONE

.....

.....

.....

***โปรดแนบไฟล์ เอกสาร รูปถ่าย (หลักฐาน ยืนยัน ข้อมูลที่กล่าวมา (ถ้ามี))

***โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี หากจะเกษียณอายุราชการ ปี ๒๕๖๗