



**แบบสำรวจข้อมูลกำลังคนด้านสาธารณสุข สำหรับบุคลากรทำงานประจำสถานีอนามัย
ศูนย์สุขภาพชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอทั้งประเทศ**

คำชี้แจง 1. สมาคมหมออานมัณุสิ่งสำรวจข้อมูลบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงประจำ สอ. PCU และ สสอ./กิ่งอำเภอทั้งประเทศ

เพื่อจัดทำระบบฐานข้อมูลสนับสนุนการวิจัยเชิงนโยบายที่จะเอื้อต่อการผลักดันข้อเสนอต่างๆ ในการเสริม ความเข้มแข็งของเครือข่ายสร้างสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ และระบบสวัสดิการและความก้าวหน้าของหมออานามัย

2. กรุณาเติมคำลงในช่องว่าง..... หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน [] หน้าข้อความตัวเลือกให้ครบถ้วน

1. ชื่อและนามสกุล (นาย /นาง /นางสาว).....

2. เลขประจำตัวประชาชน(ID) เลข 13 หลัก: []-[] [] []-[] [] [] []-[] []-[]

3. เพศ [] ชาย [] หญิง

4. วันเดือนปีเกิด: วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

5. สถานภาพสมรส [] 1. โสด [] 2. สมรส [] 3. มีภรรยา /择偶

6. ตำแหน่งในปัจจุบันตาม จ. 18 หรือการบริหารงานของแต่ละส่วนราชการ

[] 1. สาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ [] 4. พยาบาลวิชาชีพ [] 7. เจ้าพนักงานทันตกรรม
[] 2. เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข [] 5. พยาบาลเทคนิค [] 8. เจ้าพนักงานเภสัชกรรม
[] 3. นักวิชาการสาธารณสุข [] 6. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน [] 9. อื่นๆ ระบุ.....

7. ระดับ (ชี) ระบุ..... (กรณีเป็นลูกจ้างชั่วคราวจากเงินงบประมาณ, จนท. รัฐที่ได้รับเงินเดือนจากงบประมาณอุดหนุน

แบบ Block Grant และ จนท. รัฐที่จ้างจากเงินกองงบประมาณ หรือเงินรายได้ อื่น ให้ระบุตัวเลขคุณย์)

8. วันเดือนปีที่เริ่มบรรบุเข้าทำงาน: วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

9. ปฏิบัติงานจริงอยู่ที่ไหน [] 1. สถานีอนามัย [] 2. ศูนย์สุขภาพชุมชน [] 3. สสอ./กิ่งอำเภอ
(ในกรณี จนท. ที่ทำงานจริงประจำ สอ. ซึ่งเป็นที่ดังของ PCU ให้เลือกรหัส 2 ซึ่งหมายถึง ทำงานประจำอยู่ที่ PCU และใน
กรณี จนท. ที่ทำงานทั้ง สอ. (รวม PCU ด้วย) และ สสอ. ให้เลือกรหัส 1 หรือ 2 โดยยึดสถานที่ทำงานระดับตำบลเป็นสำคัญ)

10. ชื่อหน่วยงานที่ปฏิบัติงานจริงในปัจจุบัน (ตามข้อ 9)
ที่ดังของสำนักงาน เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ/ กิ่งอำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร..... มือถือ.....

11. อัตราเงินเดือนในปัจจุบัน..... บาทต่อเดือน

12. วุฒิการศึกษาตั้งเดิมที่เริ่มรับราชการ

- [] 1. ประกาศนียบัตรდุกราก่อนามัย /การพยาบาลและพดุงครรภ์ (ระดับต้น)
[] 2. ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข)
[] 3. ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (เทคนิคเภสัชกรรม)
[] 4. ประกาศนียบัตรพนักงานอนามัย /เจ้าพนักงานสาธารณสุข /ป.สส. (สาธารณสุขศาสตร์ชุมชน) 2 ปี
[] 5. สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต 4 ปี
[] 6. พยาบาลศาสตรบัณฑิต
[] 7. อื่นๆ ระบุหลักสูตร.....

13. วุฒิการศึกษาที่ ใช้สำรองตำแหน่ง ณ ปัจจุบันตาม จ. 18

- [] 1. ประกาศนียบัตรพดุงครรภ์อนามัย /การพยาบาลและพดุงครรภ์ (ระดับต้น)
- [] 2. ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข)
- [] 3. ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (เทคนิคเภสัชกรรม)
- [] 4. ประกาศนียบัตรพนักงานอนามัย /เจ้าพนักงานสาธารณสุข /ป.สค. (สาธารณสุขศาสตร์ชุมชน) 2 ปี
- [] 5. สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต 4 ปี
- [] 6. พยาบาลศาสตรบัณฑิต
- [] 7. อื่นๆ ระบุหลักสูตร.....

14. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด (ชื่อหลักสูตร ให้ระบุคำเติม เช่น การศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต)

- [] 1. ประกาศนียบัตร หรือเทียบเท่าอนุปริญญา [] 2. ปริญญาตรี
- [] 3. ปริญญาโท [] 4. ปริญญาเอก
 - (1) ชื่อหลักสูตร.....สาขาวิชา.....ปี พ.ศ. ที่จบ.....
 - (2) ชื่อหลักสูตร.....สาขาวิชา.....ปี พ.ศ. ที่จบ.....
 - (3) ชื่อหลักสูตร.....สาขาวิชา.....ปี พ.ศ. ที่จบ.....

15. สถานภาพการปฏิบัติงาน

- [] 1. อุปถัมภ์ตั้งใจจริง (รวมการลาตามลิทธิ์ เช่น การลาคลอด ลาอุปสมบท หรือลาไปประกอบพิธีอ้างย์)
- [] 2. อุปะห่วงลากศึกษา/ฝึกอบรม

กรณีลาศึกษาต่อ โปรดระบุระดับการศึกษา [] 1. บริษัทฯ [] 2. บริษัทฯ [] 3. บริษัทฯ
ชื่อหลักสูตร.....สาขาวิชา.....

ณ สถาบันการศึกษา.....ปี พ.ศ. ที่เริ่มลาศึกษา.....

16. จำนวนหมู่บ้านที่อยู่ในความรับผิดชอบ.....หมู่บ้านต่อ 1 หน่วยงานที่ท่านทำงานอยู่.....

17. จำนวนประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบ จำนวน.....คนต่อ 1 หน่วยงานที่ท่านทำงานอยู่.....

18. สถานภาพการเป็นสมาชิกสมาคมหมอนามัย

- [] 1. ไม่ได้เป็นสมาชิก [] 2. สมาชิกสามัญรายปี [] 3. สมาชิกสามัญตลอดชีพ

19. ที่อยู่ติดต่อที่สะดวกที่สุด บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ/ กิ่งอำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

อีเมล: 1)..... 2)

กรุณารอแบบสำรวจนี้สิ่ง “ผู้ประสานงานระดับอาเภอ”

และผู้ประสานงานระดับจังหวัดช่วยจัดส่งถึง “สมาคมหมอนามัย” ก่อนวันที่ 30 กันยายน 2548

แบบฟอร์มสามารถดาวน์โหลดได้จาก Web site: www.mohanamai.com และ www.moph.go.th/ops/doctor

กรุณาเรียบตобอบอย่างเร่งด่วน เพื่อนำข้อมูลไปดำเนินการต่อจากแพทย์

ขอขอบคุณอย่างยิ่งที่เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายหมอนามัย

สมาคมหมอนามัย อาคาร 4 ชั้น 7 สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2590-1946 โทรสาร 0-2590-1947