**ชื่อผู้รับการประเมิน** .............................................................. **ตำแหน่ง**.........................................................

**แบบฟอร์มที่ 4**

**แบบมอบหมายงาน**

**สังกัด** .............................................................................................................................................

**ชื่อผู้ประเมิน** .............................................................. **ตำแหน่ง**.........................................................

**รอบการประเมิน** 🞏 รอบที่ 1 1 ตุลาคม……………… ถึง 31 มีนาคม……………. 🞏 รอบที่ 2 1 เมษายน………….… ถึง 30 กันยายน…….……...

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **งาน** | **ตัวชี้วัด** | **แหล่งที่มาตัวชี้วัด** | | | | **เป้าหมาย** | | | | | **น้ำหนัก** | **ระยะเวลาแล้วเสร็จ** |
| **คำรับรองการปฏิบัติราชการ** | **ยุทธศาสตร์ของกรมอนามัย** | **ภารกิจอื่นๆ ของ**  **สำนัก/กอง/ศูนย์** | **งาน/ภารกิจ ตามหน้าที่ความรับผิดชอบ** |
| (A) | (B) | (C) | (D) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (ลงชื่อ)...........................................ผู้มอบหมาย (ลงชื่อ)...........................................ผู้รับมอบหมาย  ( ) ( )  วันที่...................................................... วันที่...................................................... | | | | | | | | | | | | |

**หมายเหตุ** ช่อง (A) กำหนดให้ระบุรหัสตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน กรณีที่ไม่ใช่ตัวชี้วัดตามคำรับรองฯ ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ช่อง (B) หรือ (C) หรือ (D)