**แบบสำรวจเหตุผลและความจำเป็นสำหรับการบรรจุข้าราชการตำแหน่งพยาบาล**

**กรม…………………………………………………………………กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | ชื่อหน่วยงาน(ศูนย์ฯ/สถาน) | จำนวนอัตรา  เป้าหมายที่หน่วยงานต้องการ | จำนวนอัตราที่มีอยู่ ณ ปัจจุบัน | | | จำนวนผู้รับ | | \*การดำเนินการ  กรณีอัตราว่าง | ปัญหา  อุปสรรค | ข้อเสนอแนะ |
| ตามกรอบ | ปฏิบัติจริง | \*ว่าง (ตั้งแต่วันที่) | ปกติ | ป่วยติดเตียง |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*หมายเหตุ กรณีเป็นอัตราว่างให้ระบุระยะเวลาที่ว่างและรายละเอียดการดำเนินการบรรจุ หรือแผนการบรรจุเป็นเอกสารแนบ