

แบบประเมินคุณลักษณะส่วนตัวและการปฏิบัติงาน

ชื่อผู้สมัคร.....

ชื่อผู้ประเมิน.....

ตำแหน่งของผู้ประเมิน

สถานที่ทำงาน โทร.....

ผู้ประเมินเกี่ยวข้องกับผู้สมัครในฐานะเป็น

ได้มีโอกาสปฏิบัติงานร่วมกับผู้สมัคร ทำงานใกล้ชิดและเห็นผู้สมัครเกือบทุกวัน

ทำงานใกล้ชิดหรือเห็นผู้สมัครเกือบทุกวัน

มีโอกาสพบผู้สมัครนานๆ ครั้ง

ข้าพเจ้าขอประเมินผู้สมัครในลักษณะต่อไปนี้ (ขีดเครื่องหมายถูก)

คุณลักษณะ	ดีมาก	ค่อนข้างดี	พอใช้	ไม่ดี	ไม่แน่ใจ
1. ความรับผิดชอบในการดูแลรักษาผู้ป่วย					
2. ความรู้ ความสนใจทางวิชาการ					
3. มนุษยสัมพันธ์ต่อเพื่อนร่วมงาน					
4. ความเมตตากรุณาต่อผู้ป่วย					
5. ความเสียสละเพื่อส่วนรวม					
โดยสรุปคิดว่าผู้สมัคร					

ท่านคิดว่าผู้สมัครจะเป็นแพทย์ที่ดีหรือไม่ ได้ ไม่ได้

จากการได้รู้จักผู้สมัครในช่วงเวลาที่ผ่านมา เหตุการณ์ที่ประทับใจในความทรงจำของข้าพเจ้ามากที่สุดเกี่ยวกับผู้สมัครในด้านดี คือ

.....

.....

.....

.....

จากการได้รู้จักผู้สมัครในช่วงเวลาที่ผ่านมา เหตุการณ์ที่ประทับใจในความทรงจำของข้าพเจ้ามากที่สุดเกี่ยวกับผู้สมัครในด้านไม่ดี คือ

.....

.....

.....

.....

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมอื่นๆ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อผู้ประเมิน.....
...../...../.....

(โปรดผนึกซองมาไว้ให้แน่นหนาแล้วให้ผู้สมัครจัดการนำส่งโดยข้อมูลทุกอย่างในแบบประเมินนี้จะถูกเปิดออกโดยและความคิดเห็นทุกอย่างของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ)