

ส่วนที่ ๓ การรับทราบผลการประเมิน

<p>ครั้งที่ ๑</p> <p>ผู้รับการประเมิน</p> <p><input type="checkbox"/> ได้รับทราบผลการประเมินแล้ว</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ</p> <p>ตำแหน่ง</p> <p>วันที่</p> <p>ผู้ประเมิน</p> <p><input type="checkbox"/> ได้แจ้งผลการประเมินและผู้รับการประเมิน</p> <p>ได้ลงลายมือชื่อรับทราบเมื่อวันที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> ได้แจ้งผลการประเมินเมื่อวันที่.....</p> <p>แต่ผู้รับการประเมินไม่ลงลายมือชื่อรับทราบ</p> <p>โดยมี.....เป็นพยาน</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ.....(ผู้ประเมิน)</p> <p>ตำแหน่ง</p> <p>วันที่</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ.....(พยาน)</p> <p>ตำแหน่ง</p> <p>วันที่</p>	<p>ครั้งที่ ๒</p> <p>ผู้รับการประเมิน</p> <p><input type="checkbox"/> ได้รับทราบผลการประเมินแล้ว</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ</p> <p>ตำแหน่ง</p> <p>วันที่</p> <p>ผู้ประเมิน</p> <p><input type="checkbox"/> ได้แจ้งผลการประเมินและผู้รับการประเมิน</p> <p>ได้ลงลายมือชื่อรับทราบเมื่อวันที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> ได้แจ้งผลการประเมินเมื่อวันที่.....</p> <p>แต่ผู้รับการประเมินไม่ลงลายมือชื่อรับทราบ</p> <p>โดยมี.....เป็นพยาน</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ.....(ผู้ประเมิน)</p> <p>ตำแหน่ง</p> <p>วันที่</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ.....(พยาน)</p> <p>ตำแหน่ง</p> <p>วันที่</p>	<p>สรุปผลการประเมินทั้งปีเฉลี่ย</p> <p>ผู้รับการประเมิน</p> <p><input type="checkbox"/> ได้รับทราบผลการประเมินแล้ว</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ</p> <p>ตำแหน่ง</p> <p>วันที่</p> <p>ผู้ประเมิน</p> <p><input type="checkbox"/> ได้แจ้งผลการประเมินและผู้รับการประเมิน</p> <p>ได้ลงลายมือชื่อรับทราบเมื่อวันที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> ได้แจ้งผลการประเมินเมื่อวันที่.....</p> <p>แต่ผู้รับการประเมินไม่ลงลายมือชื่อรับทราบ</p> <p>โดยมี.....เป็นพยาน</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ.....(ผู้ประเมิน)</p> <p>ตำแหน่ง</p> <p>วันที่</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ.....(พยาน)</p> <p>ตำแหน่ง</p> <p>วันที่</p>
---	---	---

ส่วนที่ ๔ ความเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป

<p>ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป :</p> <p><input type="checkbox"/> เห็นด้วยกับผลการประเมิน</p> <p><input type="checkbox"/> มีความเห็นแตกต่าง ดังนี้</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ</p> <p>ตำแหน่ง</p> <p>วันที่</p> <p>ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไปอีกชั้นหนึ่ง (ถ้ามี) :</p> <p><input type="checkbox"/> เห็นด้วยกับผลการประเมิน</p> <p><input type="checkbox"/> มีความเห็นแตกต่าง ดังนี้</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ</p> <p>ตำแหน่ง</p> <p>วันที่</p>	<p>ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป :</p> <p><input type="checkbox"/> เห็นด้วยกับผลการประเมิน</p> <p><input type="checkbox"/> มีความเห็นแตกต่าง ดังนี้</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ</p> <p>ตำแหน่ง</p> <p>วันที่</p> <p>ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไปอีกชั้นหนึ่ง (ถ้ามี) :</p> <p><input type="checkbox"/> เห็นด้วยกับผลการประเมิน</p> <p><input type="checkbox"/> มีความเห็นแตกต่าง ดังนี้</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ</p> <p>ตำแหน่ง</p> <p>วันที่</p>
---	---