



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
รับเลขที่..... ๗๗๔๔
วันที่ ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๗
เวลา.....

ที่ อต ๕๓๐๐๖/ว ๒๗๗๙

องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุตรดิตถ์
ถนนประชานิมิตร อต ๕๓๐๐๐

๗ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การรับถ่ายโอนบุคลากร สอน. และ รพ.สต. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา

อ้างถึง ๑.หนังสือสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร ๐๑๐๗/ว ๗๕๓๕ ลว ๑๖ ตค ๒๕๖๖

๒.หนังสือสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ นร ๐๑๐๗/ว ๒๐๑๖ ลว ๙ พย ๒๕๖๖

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศรับถ่ายโอนฯ

จำนวน ๑ ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึงคณะกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบกับมติคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น (ก.ก.ถ.) ได้กำหนดแนวทางในการรับถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา
นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุตรดิตถ์ได้รับผลการ
ประเมินความพร้อมการรับถ่ายโอนภารกิจฯ ในระดับดีเลิศ สามารถรับการถ่ายโอนภารกิจ สอน. และ รพ.สต.
ได้นั้น

เพื่อให้การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙
เป็นไปด้วยความเรียบร้อย องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุตรดิตถ์ จึงขอแจ้งประชาสัมพันธ์ประกาศรับถ่ายโอน
บุคลากรสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัด
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙ โดยให้บุคลากรที่มีความประสงค์ส่งแบบ
แจ้งความประสงค์ได้ภายในวันที่ ๒๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๗ รายละเอียดตามเอกสารที่ส่งมาด้วยนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายชัยศิริ ศุภรักษ์จินดา)
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุตรดิตถ์

กลุ่มงานบริการสาธารณสุข

กองสาธารณสุข

โทรศัพท์ ๐ ๕๕๔๑ ๔๕๖๕



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรดิตถ์
เรื่อง รับถ่ายโอนบุคลากรสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙

ตามประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์ และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ลงวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๔ ประกอบกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรดิตถ์ ผ่านการประเมินความพร้อมอยู่ในระดับดีเลิศ สามารถรับถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในเขตพื้นที่จังหวัดอุดรดิตถ์ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ ได้รับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๔๐ แห่ง บุคลากรจำนวนทั้งหมด ๒๘๕ ราย และในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘ ได้รับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มเติม จำนวน ๔ แห่งนั้น

เพื่อให้การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นไปตามกลไกการขับเคลื่อนภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง อันจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรดิตถ์ จะรับถ่ายโอนบุคลากรสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีความประสงค์จะขอถ่ายโอนมาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรดิตถ์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ ให้ยื่นคำร้องมายังองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรดิตถ์ โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑. ปฏิบัติงานอยู่ที่ รพ.สต. และเลขตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ รพ.สต.
๒. ปฏิบัติงานอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) แต่เลขตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ที่ รพ.สต.
๓. ปฏิบัติงานอยู่ที่ รพ.สต. แต่เลขตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ที่ สสอ. สสจ. รพช. รพท. และ รพศ.
๔. มีความประสงค์ถ่ายโอนมาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรดิตถ์
๕. สำหรับข้าราชการ ต้องมีเอกสารประกอบยืนยันถึงความประสงค์ ดังนี้
 - ๕.๑ แบบแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรดิตถ์ ตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้
 - ๕.๒ สำเนาทะเบียนประวัติข้าราชการ (กพ.๗) ปัจจุบัน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
๖. สำหรับพนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.) และลูกจ้างประเภทอื่น ที่ประสงค์ถ่ายโอน ต้องมีเอกสารประกอบยืนยันถึงความประสงค์ ดังนี้
 - ๖.๑ แบบแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรดิตถ์ตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

๖.๒ สำเนาสัญญาจ้างของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบัน พร้อมรับรอง
สำเนาถูกต้อง

๗. ทำหนังสือแจ้งความประสงค์ขอย้ายโอนพร้อมเอกสารประกอบแบบคำร้องขอย้ายโอน
ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันที่ ๒๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๗ ณ กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัด
อุดรดิตถ์ ในวันและเวลาราชการ หรือส่งไปรษณีย์ ถึง กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรดิตถ์
ถนนทางหลวงเอเชียสาย ๑๓ (AH๑๓) ตำบลจี้วังาม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ ๕๓๐๐๐ โดยยึดวัน
ประทับตราไปรษณีย์เป็นหลัก

๘. องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรดิตถ์ จะประกาศรายชื่อข้าราชการ พนักงานกระทรวง
สาธารณสุข (พกส.) และลูกจ้างประเภทอื่นที่จะรับย้ายโอน ภายในวันที่ ๒๘ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๗ ทางเว็บไซต์
www.uttaradit-pao.go.th และปิดประกาศ ณ กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรดิตถ์
โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรดิตถ์ จะดำเนินการจัดส่งรายชื่อบุคลากรที่ประสงค์ย้ายโอน ให้แก่
คณะกรรมการบริหารภารกิจย้ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทราบและพิจารณา
ต่อไป

ทั้งนี้ สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่กลุ่มงานบริการสาธารณสุข กองสาธารณสุข
องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรดิตถ์ เบอร์โทรศัพท์ ๐-๕๕๔๑-๔๕๖๕ ในวันและเวลาราชการ

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๕ เดือน ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๗



(นายชัยศิริ คุกรักษ์จินดา)
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรดิตถ์

แบบแจ้งความประสงค์ขอย้ายโอน/ช่วยราชการ องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรดิตถ์
สำหรับบุคลากรสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.)
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอแจ้งความประสงค์และยืนยันการย้ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรดิตถ์

เรียน นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรดิตถ์ (ผ่านผู้อำนวยการกองสาธารณสุข)

ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการย้ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๘ ตอนพิเศษ ๒๕๔ ง เมื่อวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ ข้อ ๕ ให้การย้ายโอนบุคลากรของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นไปตามความสมัครใจนั้น

ข้าพเจ้า..... ปัจจุบันเป็น [] ข้าราชการพลเรือน [] พนักงาน
กระทรวงสาธารณสุข/ลูกจ้างประเภทอื่น ตำแหน่ง.....อัตราเลขที่.....
ประเภท.....ปัจจุบันปฏิบัติราชการที่.....เบอร์โทรศัพท์.....
ประสงค์ [] ขอสมัครใจย้ายโอน เพื่อปฏิบัติราชการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....
ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัดอุดรดิตถ์

[] ขอช่วยราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรดิตถ์ เป็นระยะเวลา ๑ ปี เพื่อปฏิบัติราชการที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัดอุดรดิตถ์

ข้าพเจ้าได้พิจารณาเงื่อนไขการย้ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษานวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้ว จึงขอแจ้งความประสงค์ย้ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด
อุดรดิตถ์ ตามภารกิจย้ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล โดยในปัจจุบันข้าพเจ้ามีอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นจากงบประมาณต่อเดือนดังนี้

- | | |
|--------------------------------------|----------|
| ๑. อัตราเงินเดือน ณ วันที่..... |บาท |
| ๒. ค่าตอบแทนอื่นจากงบประมาณต่อเดือน | |
| ๒.๑ ค่าประจำตำแหน่ง (วิชาชีพ) |บาท |
| ๒.๒ พ.ต.ส. |บาท |
| ๒.๓ ฉ.๕ |บาท |
| ๒.๔ ฉ.๑๐ |บาท |
| ๒.๕ ฉ.๑๑ |บาท |
| ๒.๖ ค่าตอบแทนอื่น (โปรดระบุ.....) |บาท |
| ๓. ค่าเช่าบ้าน (ต่อเดือน) |บาท |
| ๔. ค่าเล่าเรียนบุตร (ต่อภาคการศึกษา) |บาท |
| รวม |บาท |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....