สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
รับเลขที่ 2222
วันที่ 27 ก.พ. 2568
เวลา

ที่ พล ๐๐๓๓.๐๐๙/ว ๖๑๐

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
ถนนอาทิตย์วงศ์ พล ๖๕๐๐๐

๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

เรื่อง รับย้าย/รับโอนข้าราชการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. ข้อมูลตำแหน่งว่าง จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบแสดงรายละเอียดฯ (ประกอบการสมัครเข้ารับการคัดเลือก) จำนวน ๑ ชุด
๓. ใบขอย้าย (ต่างจังหวัด) จำนวน ๑ ชุด
๔. แบบใบขอโอน (ต่างกรม/ต่างกระทรวง) จำนวน ๑ ชุด
๔. แบบฟอร์มการจัดทำเอกสารประกอบการคัดเลือก (ผลงานเด่นฯ) จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก มีความประสงค์รับย้าย/รับโอนข้าราชการมาดำรงตำแหน่งว่าง ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข ระดับปฏิบัติงาน/ชำนาญงาน จำนวน ๒ ตำแหน่ง และตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ จำนวน ๔ ตำแหน่ง รวมจำนวน ๖ ตำแหน่ง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

ทั้งนี้ หากมีข้าราชการผู้สนใจประสงค์สมัครฯ ให้ส่งหลักฐานการสมัครและจัดทำเล่มแบบแสดงรายละเอียดการขอประเมินบุคคล และเอกสารประกอบการคัดเลือก (ผลงานเด่น/ผลการปฏิบัติราชการ) ฉบับจริง จำนวน ๑ เล่ม /สำเนา จำนวน ๕ เล่ม (สิ่งที่ส่งมาด้วยข้อ ๒ - ๔ /สำเนา ก.พ.๗ อยู่ในเล่มเดียวกัน) ผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับ พร้อมทั้งหนังสือนำส่งถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ตั้งแต่วันที่ ๓ - ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๘ ในวันและเวลาราชการ โดยถือวันที่ประทับตราลงรับหนังสือของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกเป็นสำคัญ รายละเอียดสามารถดูได้ที่ https://plkhealth.moph.go.th/www/ประกาศรับสมัครงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายไกรสุข เพชระบูรณิน)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา
(✓) เพื่อโปรดทราบ
(✓) เพื่อโปรดพิจารณา
- เห็นควรประชาสัมพันธ์ทาง website ต่อไป

☐ อนุมัติ/อนุญาต
☐ ชอบ
☐ ลงนัด
☐ ลงนาม
☐ มอบ
☐ ทราบ

(นายสมภพ เมืองชื่น)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)
รักษาการในตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา
28 ก.พ. 2568

E-office
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร. ๐ ๕๕๒๓ ๑๐๐๑ - ๘ ต่อ ๓๒๒ - ๓๒๔
โทรสาร ๐ ๕๕๒๓ ๑๐๐๐

พิษณุโลก "มุ่งผลสัมฤทธิ์ มีจิตบริการ ยึดมั่นคุณธรรม ทำงานเป็นทีม"

(นางรัชนี ขัดตะละ)
นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ
27 ก.พ. 2568

รายละเอียดบัญชีตำแหน่งว่าง ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 6 ตำแหน่ง

ลำดับ	ตำแหน่งเลขที่	หน่วยงาน	งาน/กลุ่มงาน	สายงาน	ระดับ	หมายเหตุ
1	12905	รพ.สต.ตำบลวัดจันทร์ สสอ.เมืองพิษณุโลก จ.พิษณุโลก	กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	ปฏิบัติงาน/ชำนาญงาน	ปฏิบัติจริงกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รพ.สต.วังน้ำคู้ สสอ.เมืองพิษณุโลก จ.พิษณุโลก
2	101578	สสอ.วังทอง จ.พิษณุโลก	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	ปฏิบัติงาน/ชำนาญงาน	
3	101585	รพ.สต.ตำบลท่าหมื่นราม สสอ.วังทอง จ.พิษณุโลก	กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค	นักวิชาการสาธารณสุข	ปฏิบัติการ/ชำนาญการ	
4	101260	รพ.สต.ตำบลบ้านกร่าง สสอ.เมืองพิษณุโลก จ.พิษณุโลก	กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว	นักวิชาการสาธารณสุข	ปฏิบัติการ/ชำนาญการ	
5	101264	รพ.สต.ตำบลบ้านคลอง สสอ.เมืองพิษณุโลก จ.พิษณุโลก	กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว	นักวิชาการสาธารณสุข	ปฏิบัติการ/ชำนาญการ	ปฏิบัติจริง กลุ่มงานบริหารทั่วไป สสอ.วังทอง จ.พิษณุโลก
6	101483	สสจ.พิษณุโลก	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	นักวิชาการสาธารณสุข	ปฏิบัติการ/ชำนาญการ	

<u>หมายเหตุ</u>

กรณีตำแหน่งไม่ตรงกับประกาศรับสมัครให้จัดทำเอกสารประกอบการพิจารณาขอนับระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง ในสายงานที่ขอเกื้อกูลกับตำแหน่งที่ขอประเมิน ต้นฉบับ จำนวน ๑ ชุด และสำเนา จำนวน ๒ ชุด

แบบฟอร์ม_๒

เอกสารประกอบการพิจารณาขอนับระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่ขอเกื้อกูลกับตำแหน่งที่ขอประเมิน

ของ นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง..... (ด้าน.....(ถ้ามี)) ตำแหน่งเลขที่.....

ส่วนราชการ (ระบุงาน/กลุ่มงาน/กลุ่ม/รพ./สสจ.).....

ประเมินเพื่อดำรงตำแหน่ง..... (ด้าน.....(ถ้ามี)) ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

ชื่อ - สกุล/ ตำแหน่งปัจจุบัน/วุฒิ	ช่วงเวลาดำรงตำแหน่ง ที่ขอเกื้อกูล	ตำแหน่ง/ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ในตำแหน่งที่ขอเกื้อกูล	ระยะเวลา ที่ขอเกื้อกูล	จำนวนผู้ร่วม ดำเนินการ	สัดส่วนที่ผู้ ขอเกื้อกูลได้ ปฏิบัติงาน%	ตำแหน่ง/ลักษณะงาน ของตำแหน่ง ที่ขอประเมิน	ผู้รับรอง (เซ็นทุกหน้า)
ชื่อ..... ตำแหน่ง..... วุฒิ..... เมื่อ..... ได้รับใบประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) เมื่อ.....	เป็นช่วงระยะเวลา การดำรงตำแหน่ง ที่ขอเกื้อกูล<u>ทั้งหมด</u> (แยกแต่ละระดับ แต่ละสายงาน) (เช่น ๑ พค ๕๙–๓๐ มย ๖๗)	เป็นการดำรงตำแหน่งที่ขอเกื้อกูล <u>แยกเป็นแต่ละระดับ</u> (เป็นงานที่ปฏิบัติจริง) ตำแหน่งที่ ๑.....ระดับ..... มีลักษณะงานที่ปฏิบัติ ดังนี้ .... ตำแหน่งที่ ๒.....ระดับ..... มีลักษณะงานที่ปฏิบัติ ดังนี้ .... ฯลฯ	เป็นระยะเวลารวม เฉพาะที่ดำรงตำแหน่ง แต่ละสายงาน แต่ละระดับ (เช่น ๘ ปี) .... *รวมระยะเวลาของแต่ละ ตำแหน่งแล้วจะต้องมียอด รวมเท่ากับ ช่องที่ ๒	ผู้ที่ร่วมปฏิบัติงาน ของแต่ละงาน เช่น ถ้าทำคนเดียว ให้ใช้ (-)	เช่น ๑๐๐%	เป็นลักษณะงาน ที่ไปดำรงตำแหน่งใหม่ โดยแยกเป็นแต่ละ ระดับให้ตรงตาม มาตรฐานกำหนด ตำแหน่งที่ ก.พ. กำหนด	..... (.....) ชื่อผู้ขอประเมิน วัน/เดือน/ปี ..... (.....) ชื่อและตำแหน่งผู้บังคับบัญชา ที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงาน วัน/เดือน/ปี ..... (.....) ชื่อและตำแหน่งผู้บังคับบัญชา เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ วัน/เดือน/ปี

เอกสารประกอบการขอย้าย/ขอโอน

1. แบบใบขอย้าย/ขอโอน
2. หลักฐานประกอบการขอย้าย/ขอโอน
   - สำเนาวุฒิการศึกษา (สำเนาปริญญาบัตร+ทรานสคิป)
   - สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี)
   - สำเนาทะเบียนบ้าน
   - สำเนาบัตรประชาชน
   - สำเนาใบสำคัญการสมรส/ สำเนาใบสำคัญการหย่า
   - สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ – ชื่อสกุล (ถ้ามี)
   - สำเนา ก.พ.7
3. หลักฐานประกอบเหตุผลการขอโอน
   - กรณีขอโอนติดตามคู่สรม ให้แนบสำเนาหลักฐานที่แสดงว่าคู่สมรส
   - มีภูมิลำเนา หรือปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดที่ขอย้าย/ขอโอน
   - กรณีขอย้าย/ขอโอนกลับภูมิลำเนาเดิม ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้าน
   - กรณีขอย้าย/โอน เพื่อดูแลบิดา มารดา หรือบุตร
     ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของ บิดา มารดา หรือบุตร
     และใบรับรองแพทย์ กรณีบิดา มารดา หรือบุตร มีโรคประจำตัว

ใบขอย้าย (ต่างจังหวัด)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน .....

1. ข้าพเจ้า.....วุฒิ.....

ใบอนุญาต ..... วุฒิบัตร.....

2. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง ..... ระดับ.....

ตำแหน่งเลขที่..... ส่วนราชการ .....

ดำรงตำแหน่งเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... อัตราเงินเดือนปัจจุบัน .....บาท

ปฏิบัติราชการจริงที่.....

ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ขณะนี้

- ❍ อยู่ในระหว่างการลาศึกษา / ฝึกอบรม / หรือดูงาน หลักสูตร
  ตั้งแต่วันที่ .....เดือน..... พ.ศ. ..... ถึงวันที่ ..... เดือน..... พ.ศ. .....
- ❍ ไม่อยู่ในระหว่างการลาศึกษา / ฝึกอบรม / ดูงาน
- ❍ อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานชดใช้ทุนหลักสูตร.....
  ต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุน ..... ปี ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ. .....
  ถึงวันที่ ..... เดือน..... พ.ศ. .....
- ❍ ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

3. ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่ง ..... ระดับ.....

ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอย้าย .....

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลพร้อมนี้แล้วจำนวน ..... ฉบับ

4. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรงตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

❍ ยินยอมลดระดับ ❍ ไม่ยินยอมลดระดับ

5. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

- ❍ ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย
- ❍ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน
- ❍ อยู่ในระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน
- ❍ มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอนำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

/6...

6. ในการขอย้ายครั้งนี้หากทางราชการอนุญาตให้ย้ายได้ ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย / ใน ❍ ที่ต้องการ)

6.1 เงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว	❍ ขอเบิก	❍ ไม่ขอเบิก
6.2 เงินค่าพาหนะเดินทาง	❍ ขอเบิก	❍ ไม่ขอเบิก
6.3 เงินค่าเบี้ยเลี้ยง	❍ ขอเบิก	❍ ไม่ขอเบิก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)..... *ผู้ขอย้าย*

(.....)

<u>คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่</u>

ตามที่ (นาย , นาง , นางสาว) .....

ตำแหน่ง.....มี

ความประสงค์ขอย้ายไปดำรงตำแหน่งทางจังหวัด..... นั้น ได้พิจารณา

❍ ให้เบิกตามรายการที่ระบุใน 6

❍ ให้เบิกเฉพาะรายการที่ .....

❍ ไม่ให้เบิกทุกรายการที่ระบุใน 6

(ลงชื่อ).....

(.....)

...../...../.....

หมายเหตุ 1. กรณีขอย้ายติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งย้ายหรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส

2. กรณีขอย้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม

3. กรณีขอย้ายเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณีที่บิดา มารดา อายุต่ำกว่า 65 ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองจากแพทย์ด้วย

4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการกอง หรือหัวหน้าหน่วยราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้เป็นผู้ให้คำรับรองเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับ ตำแหน่งใหม่ แล้วแต่กรณี

<u>บันทึกประกอบการขอย้าย / โอน</u>

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ส่วนราชการ.....

มีความประสงค์จะขอย้าย / โอน ไปรับราชการที่ .....

☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
<u>แต่ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย / โอน</u>

☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอนไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่

☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่าง ประเมินผลงานทางวิชาการ

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่**<u>โดยขอนำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิมขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่</u>**

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย / โอน
วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานการเจ้าหน้าที่
วันที่.....

ใบขอโอน

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอโอนมารับราชการ

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....วุฒิ.....
ใบอนุญาต.....วุฒิบัตร.....

๒. ปัจจุบันเป็นข้าราชการ..... ตำแหน่ง.....
ฝ่าย/กลุ่ม/ศูนย์.....กอง.....กรม.....
โทรศัพท์.....ดำรงตำแหน่งนี้เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ..... อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....บาท
ขณะนี้ ❍ อยู่ในระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ

❍ พ้นจากการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ

❍ อยู่ในระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดูงาน หลักสูตร.....
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ..... ถึงวันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

❍ ไม่อยู่ระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดูงาน

❍ อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานชดใช้ทุน หลักสูตร.....
ต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุน.....ปี ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน.....พ.ศ. ..... ถึงวันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

❍ ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

๓. ขอโอนมาดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....
ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอโอน คือ .....
และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว จำนวน .....ฉบับ

๔. ประวัติส่วนตัว

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน ❑-❑❑❑❑-❑❑❑❑❑-❑❑-❑ เริ่มรับราชการเมื่อวันที่..... เดือน.....พ.ศ.....
อายุราชการ.....ปี.....เดือน (นับถึงเดือน.....พ.ศ.....) ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัด).....
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

❍ เป็นสมาชิก กบข. ประเภท ❍ สะสม ❍ ไม่สะสม

❍ ไม่เป็นสมาชิก กบข.

๕. ประวัติการศึกษา

คุณวุฒิ	สาขาวิชาเอก	ปีที่จบการศึกษา

๖. ( ) ไม่เคยผ่าน...

๖. ❍ ไม่เคยผ่านการประเมินบุคคลและผลงานมาก่อน

❍ เคยผ่านการประเมินบุคคลและผลงาน

โดยวิธีการ ❍ สอบ/ประเมินตาม ว ๒/๔๐, ว ๓๔/๔๗ ในตำแหน่ง .....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยวิธีการ ❍ ประเมินผลงานตาม ว ๑๖/๓๘, ว ๑๐/๔๘ ในตำแหน่ง.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยวิธีการ ❍ ประเมินผลงานตาม ว ๑๓/๖๔, ว ๑๔/๖๔ ในตำแหน่ง.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๗. ประวัติการรับราชการ (จากเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน แสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้นแต่ละระดับและการเปลี่ยนแปลงในการดำรงตำแหน่งในสายงานต่าง ๆ)

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	อัตราเงินเดือน	สังกัด

๘. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน

ปี พ.ศ.	ระยะเวลา	หลักสูตร	สถาบัน

๙. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งปัจจุบัน

๙.๑ .....

๙.๒ .....

๙.๓ .....

๑๐. หากตำแหน่งที่ใช้รับโอนข้าพเจ้าเป็นตำแหน่งที่มีอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่ในปัจจุบัน ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับเงินเดือนขั้นที่มีอยู่ของตำแหน่งที่จะรับโอนไปก่อนจนกว่าจะสั่งพอกอัตราให้

๑๑. กรณีที่ ก.พ. อนุมัติให้รับโอนในระดับ และอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ได้รับอยู่เดิม ข้าพเจ้า

❍ ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ

❍ ไม่ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ

๑๒. ข้าพเจ้ามี...

๑๒. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่.....

❍ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอน

❍ ไม่ประสงค์จะรอเลื่อนระดับก่อนโอน

๑๓. การโอนครั้งนี้ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย / ใน ❍ ที่ต้องการ)

๑๓.๑ เงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว	❍ ขอเบิก	❍ ไม่ขอเบิก
๑๓.๒ เงินค่าพาหนะเดินทาง	❍ ขอเบิก	❍ ไม่ขอเบิก
๑๓.๓ เงินค่าเบี้ยเลี้ยง	❍ ขอเบิก	❍ ไม่ขอเบิก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอโอน

(.....)

<u>คำรับรองของผู้บังคับบัญชา</u>

ข้าพเจ้า .....ตำแหน่ง.....ระดับ.....

(ส่วนราชการ) .....

เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า .....

เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ มีความสนใจ และอุตสาหะในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง .....

...../...../.....

<u>หมายเหตุ</u> ๑. กรณีขอโอนติดตามคู่สมรส ให้แนบหลักฐานที่แสดงว่าคู่สมรสมีภูมิลำเนา หรือปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดที่ขอโอนไป

๒. กรณีขอโอนกลับภูมิลำเนาเดิม ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม

๓. กรณีขอโอนเพื่อดูแลบิดา มารดา หรือบุตร ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา หรือบุตร และใบรับรองแพทย์ ในกรณีที่บิดา มารดา หรือบุตรมีโรคประจำตัว

๔. กรณีขอโอนมาตำแหน่งที่กำหนดให้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ให้แนบสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพด้วย

๕. การขอเบิกเงินตามข้อ ๑๓. อยู่ในดุลพินิจของผู้บังคับบัญชาทางสังกัดเดิมเป็นผู้พิจารณา

<u>บันทึกประกอบการขอย้าย / โอน</u>

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ส่วนราชการ.....

มีความประสงค์จะขอย้าย / โอน ไปรับราชการที่ .....

☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่..... **<u>แต่ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย / โอน</u>**

☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่..... และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอนไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่

☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่..... และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่**<u>โดยขอนำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิมขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่</u>**

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย / โอน

วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานการเจ้าหน้าที่

วันที่.....

เอกสารประกอบการคัดเลือก
ผลงานหรือผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมาและมีความโดดเด่น

1. การบริหารจัดการ
   - ความสำเร็จ
     1. .....
     2. .....
     3. .....
     .....

   - วิธีดำเนินการ
     1. .....
     2. .....
     3. .....
     .....

2. การพัฒนางาน
   - ความสำเร็จ
     1. .....
     2. .....
     3. .....
     .....

3. วิธีดำเนินการ ทำให้เกิดความสำเร็จ ตามข้อ 1 และข้อ 2
     1. .....
     2. .....
     3. .....
     .....

ตารางแสดงรายละเอียดประกอบ

การบริหารจัดการ		การพัฒนางาน		วิธีดำเนินการที่ทำให้เกิดความสำเร็จ	
รายการ	หลักฐาน	รายการ	หลักฐาน	รายการ	หลักฐาน
1.		1.		1.	
2.		2.		2.	
3.		3.		3.	
4.		4.		4.	

หมายเหตุ หลักฐานรายละเอียดประกอบ เช่น รูปภาพ/เกียรติบัตร/กราฟ/ตารางสรุป/หลักฐานอื่น ๆ

คำแนะนำการจัดทำเอกสารประกอบการคัดเลือก
((ผลงานเด่น/ผลการปฏิบัติราชการ)

1. **ผลการปฏิบัติงานในด้านสร้างสุขภาพ, บริการสุขภาพ ความสำเร็จที่ประจักษ์ เช่น**
   1. ทำให้เกิดผลสำเร็จของงานด้านต่าง ๆ แสดงโดยการผ่านตัวชี้วัด
   2. ทำให้เกิดการบริการที่โดนเด่น
   3. มีนวัตกรรมที่เกิดขึ้น กี่ชิ้น กี่เรื่อง
   4. มีผลงานวิชาการเกิดขึ้น กี่ชิ้น กี่เรื่อง
2. **การบริหารจัดการ เช่น**
   1. ผ่านการประเมินมาตรฐานต่าง ๆ
   2. บริหารการเงินการคลังได้เป็นผลดี
   3. การจัดการเรื่องพัสดุสำเร็จ เช่น การก่อสร้าง การจำหน่ายพัสดุ การจัดการคลังพัสดุ ฯลฯ
   4. ทำให้หน่วยงานเป็นที่ยอมรับ (แสดงด้วยหลักฐาน)
3. **วิธีดำเนินการที่ทำให้เกิดความสำเร็จ ตามข้อ 1 และข้อ 2 เช่น**
   1. เชื่อมโยงกับเครือข่ายต่าง ๆ
   2. ประสานจนได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก อปท. , จากส่วนราชการอื่น ฯลฯ
   3. ร่วมงาน/กิจกรรมของชุมชนเป็นประจำ ฯลฯ
   4. ทำการสอนงานหรือฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เป็นประจำ ฯลฯ

ตารางแสดงรายละเอียดประกอบ

สร้างสุขภาพ บริการสุขภาพ		การบริหารจัดการ		วิธีดำเนินการที่ทำให้เกิดความสำเร็จ	
รายการ	หลักฐาน	รายการ	หลักฐาน	รายการ	หลักฐาน
1.		1.		1.	
2.		2.		2.	
3.		3.		3.	
4.		4.		4.	

หมายเหตุ หลักฐานรายละเอียดประกอบ เช่น รูปภาพ/เกียรติบัตร/กราฟ/ตารางสรุป/สำเนาคำสั่ง/โครงการฯ หรือ หลักฐานอื่น ๆ