ศาลากลางจังหวัดจันทบุรี
รับที่ จ.จ-๒๕๐๘
วันที่ 6 ก.ค. 2564
ศาลากลางจังหวัดแพร่
ถนนไชยบูรณ์ พร. ๕๔๐๐๐

ที่ พร ๐๐๓๒/ ว ๒๘๐๙

๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๔

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ 8005
วันที่ - 7 ก.ค. 2564
เวลา

เรื่อง รับย้าย รับโอนข้าราชการ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบขอย้าย จำนวน ๑ ชุด
๒. ใบขอโอน จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบเสนอผลงานเด่น และวิสัยทัศน์ในการพัฒนางานฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย จังหวัดแพร่ มีความประสงค์จะรับย้าย รับโอนข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ จำนวน ๔ อัตรา โดยแบ่งวิธีการคัดเลือกบุคคลมาดำรงตำแหน่ง เป็น ๓ กรณี ดังนี้

๑. รับย้าย จำนวน ๑ อัตรา

- ตำแหน่งนักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ ๙๗๐๕๑ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

๒. รับย้าย รับโอน (รับโอนเฉพาะภายในกระทรวง) จำนวน ๑ อัตรา

- ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๙๘๐๒๕ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

๓. รับย้าย รับโอน (รับโอนทั้งภายในกระทรวงและข้ามกระทรวง) จำนวน ๒ อัตรา

- ตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ ๙๗๐๕๖ กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

- ตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน/ชำนาญงาน ตำแหน่งเลขที่ ๙๗๐๕๙ กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ในการนี้ หากมีข้าราชการที่มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งที่ ก.พ. กำหนด ประสงค์จะย้ายหรือโอนมาดำรงตำแหน่งดังกล่าว ขอให้ส่งใบขอย้ายหรือใบขอโอนแล้วแต่กรณี กรอกรายละเอียดให้ชัดเจนผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น พร้อมแนบแบบเสนอผลงานเด่น และวิสัยทัศน์ในการพัฒนางานฯ ส่งถึงกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ **ได้ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๔** ในวันและเวลาราชการ กรณีส่งเอกสารทางไปรษณีย์จะถือวันที่ลงรับหนังสือของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่เป็นสำคัญ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิเชียร อนุสาสนนันท์)
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดแพร่

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เพื่อโปรด ☐ ทราบ
☑ พิจารณาสั่งการ ผมเห็นควร 20 กค 64
☐ พิจารณาอนุญาต/อนุมัติ

(นายอภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร ๐ ๕๔๕๑ ๑๑๔๕ ต่อ ๑๐๒
โทรสาร ๐ ๕๔๕๒ ๓๓๑๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

ใบขอย้าย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอย้ายมารับราชการ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดแพร่

๑. ข้าพเจ้า.....วุฒิ.....

ใบอนุญาต.....วุฒิบัตร.....

๒. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง .....ระดับ.....

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

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

ปฏิบัติราชการจริงที่.....

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

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

๓. ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่ง.....ระดับ.....

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอย้าย.....

.....

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลพร้อมนี้แล้วจำนวน.....ฉบับ

๔. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรงตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

❍ ยินยอมลดระดับ ❍ ไม่ยินยอมลดระดับ

๕. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

❍ ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย

❍ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

❍ อยู่ในระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

❍ มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอนำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

๖. ในการขอย้ายครั้งนี้หากทางราชการอนุญาตให้ย้ายได้ ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย/ใน ❍ ที่ต้องการ)

๖.๑ เงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว ❍ ขอเบิก ❍ ไม่ขอเบิก

๖.๒ เงินค่าพาหนะเดินทาง ❍ ขอเบิก ❍ ไม่ขอเบิก

๖.๓ เงินค่าเบี้ยเลี้ยง ❍ ขอเบิก ❍ ไม่ขอเบิก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย

(.....)

<u>คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่</u>

ตามที่ (นาย,นาง,นางสาว).....ตำแหน่ง.....
มีความประสงค์ขอย้ายไปดำรงตำแหน่งทางจังหวัด.....นั้น ได้พิจารณา

❍ ให้เบิกตามรายการที่ระบุใน ๖

❍ ให้เบิกเฉพาะรายการที่ .....

❍ ไม่ให้เบิกทุกรายการที่ระบุใน ๖

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ ๑. กรณีขอย้ายติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งย้ายหรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส

๒. กรณีขอย้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม

๓. กรณีขอย้ายเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณีที่บิดา มารดา อายุต่ำกว่า ๖๕ ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองจากแพทย์ด้วย

๔. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการกอง หรือหัวหน้าหน่วยราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาคที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ เป็นผู้ให้คำรับรองเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่ แล้วแต่กรณี

บันทึกประกอบการขอย้าย

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
ส่วนราชการ.....มีความประสงค์จะขอย้าย
ไปรับราชการที่.....

☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
แต่ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย / โอน

☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอนไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่

☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่**โดยขอนำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิมขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่**

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย
(.....)
วันที่.....

(ลงชื่อ).....งานการเจ้าหน้าที่
(.....)
วันที่.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒

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).....
ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....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 ☐ สอบหรือประเมินตาม ว ๓๔/๔๗ ในตำแหน่ง .....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยวิธีการ ☐ สอบหรือประเมินตาม ว ๑๖/๓๘ หรือ ว ๑๐/๔๘ ในตำแหน่ง.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๗. ประวัติการรับราชการ (จากเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบันแสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้น แต่ละระดับและการเปลี่ยนแปลงในการดำรงตำแหน่งในสายงานต่างๆ)

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. อนุมัติให้รับโอนใน<u>ระดับและอัตราเงินเดือนต่ำกว่า</u>ที่ได้รับอยู่เดิม ข้าพเจ้า

☐ ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ

☐ ไม่ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ

๑๒. ข้าพเจ้า...

๑๒ . ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่.....

☐ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอน

☐ ไม่ประสงค์จะรอเลื่อนระดับก่อนโอน

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 หรือ บุตร ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา หรือบุตร และใบรับรองแพทย์ ในกรณีที่บิดา มารดา หรือ มีโรคประจำตัว

๔. กรณีขอโอนตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ให้แนบสำเนาใบประกอบวิชาชีพ

ข้อมูลบุคคลเพื่อประกอบการพิจารณาคัดเลือกรับย้าย รับโอนข้าราชการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

๑.แบบเสนอผลงานเด่นในปีปัจจุบัน และที่เคยปฏิบัติย้อนหลัง ๓ ปี

ให้เสนอผลงาน ความภาคภูมิใจ ที่เกิดจากการปฏิบัติงานของตนเองในปีปัจจุบัน และในช่วงระยะเวลาย้อนหลัง ๓ ปี โดยผลงานนั้นจะแสดงให้เห็นถึงทักษะ ความรู้ความสามารถ ความชำนาญ และผลสัมฤทธิ์ของงานเป็นที่ประจักษ์

๒. วิสัยทัศน์ในการพัฒนางาน/วิธีการพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ให้เสนอวิสัยทัศน์ในการพัฒนางาน/วิธีการพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในตำแหน่งที่จะขอย้าย หรือขอโอน

รายละเอียดตามแบบฟอร์มที่แนบ

แบบเสนอผลงานเด่น

ของ.....

เพื่อประกอบการพิจารณาคัดเลือกรับย้าย รับโอนข้าราชการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ในตำแหน่ง.....

๑. ผลงานเด่นที่ปฏิบัติในปัจจุบัน (พ.ศ. ๒๕๖๔)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๒. ผลงานเด่นที่ปฏิบัติย้อนหลัง ๓ ปี (ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๖๓)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้เสนอผลงาน

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรองผลงาน

(.....)

วันที่...../...../.....

วิสัยทัศน์ในการพัฒนางาน/วิธีการพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ.....

เพื่อประกอบการพิจารณาคัดเลือกรับย้าย รับโอนข้าราชการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ในตำแหน่ง.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เสนอวิสัยทัศน์

วันที่...../...../.....