สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
เลขรับ 5989
วันที่ 30 พ.ค. 2566
เวลา 14.02

ที่ สธ ๐๔๒๓.๑๐.๒/ว ๙๗

ถึง กอง/สถาบัน/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค/สำนักและหน่วยงานระดับกองในสังกัดกรมควบคุมโรค/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

ด้วยกรมควบคุมโรค โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี มีความประสงค์จะรับย้ายหรือรับโอน ตำแหน่งว่าง ดังนี้

๑. ตำแหน่งที่จะรับย้ายหรือรับโอน จำนวน ๓ ตำแหน่ง ได้แก่

๑.๑ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ หรือชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๔๓๖๕ กลุ่มโรคติดต่อ ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ บ้านคลองลึก จังหวัดสระแก้ว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี โดยให้ปฏิบัติงานที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ บ้านหาดเล็ก อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด

๑.๒ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ หรือชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๑๙๐ กลุ่มโรคติดต่อ ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ บ้านคลองลึก จังหวัดสระแก้ว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี โดยให้ปฏิบัติงานที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ บ้านคลองลึก จังหวัดสระแก้ว

๑.๓ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ หรือ ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๙๗๒ กลุ่มโรคติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี โดยให้ปฏิบัติงานที่หน่วยกามโรคและโรคเอดส์ อำเภอบางละมุง (ศูนย์สาธิตบริการพัทยารักษ์)

๒. การยื่นใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน ยื่นได้ตั้งแต่บัดนี้ จนถึงวันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๖ โดยสามารถยื่นด้วยตนเองหรือยื่นทางไปรษณีย์ ดังนี้

๒.๑ ยื่นใบสมัครขอย้ายหรือขอโอนด้วยตนเอง ที่งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มบริหารทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี เลขที่ ๒๙/๘๕ หมู่ที่ ๔ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ในวันและเวลาราชการ (ช่วงเช้าเวลา ๐๘.๓๐ – ๑๒.๐๐ น. ช่วงบ่าย เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.)

๒.๒ ยื่นใบสมัครขอย้ายหรือขอโอนทางไปรษณีย์ โดยจ่าหน้าซองถึง งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มบริหารทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี เลขที่ ๒๙/๘๕ หมู่ที่ ๔ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๐๐๐ วงเล็บมุมซอง **“ใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน”**

๓. แบบใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน สามารถดาวน์โหลดได้ที่ เว็บไซต์ https://ddc.moph.go.th/odpc6/ เลือก ข่าวสาร > ข่าวรับสมัครบุคลากร เอกสารที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน ประกอบด้วย สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนา ก.พ.๗ สำเนาหลักฐานการศึกษา รูปถ่าย จำนวน ๑ รูป สำเนาหลักฐานอื่น ๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล (ถ้ามี)

๔. การพิจารณาคัดเลือกผู้สมัครขอย้ายหรือขอโอน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี จะพิจารณาจากใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน และเอกสารที่ยื่นพร้อมใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน ทั้งนี้ อาจให้มีการสอบสัมภาษณ์เพิ่มเติม เพื่อประกอบการพิจารณาคัดเลือกฯ ดังกล่าว และหากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี สรรหาบุคคลไปดำรงตำแหน่งดังกล่าวได้แล้ว ให้ถือว่าสิ้นสุดสำหรับการรับย้ายหรือรับโอนตำแหน่งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณ

กรมควบคุมโรค
๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี

กลุ่มบริหารทั่วไป (งานการเจ้าหน้าที่)
โทร. ๐ ๓๘๒๗ ๗๐๕๗ ต่อ ๑๐๖ หรือต่อ ๑๒๑
โทรสาร. ๐ ๓๘๒๗ ๔๘๖๒

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

เพื่อโปรด ☐ ทราบ

☑ พิจารณาสั่งการ

☐ พิจารณาอนุญาต/อนุมัติ

30 พ.ค. 2566

30 พ.ค. 2566

ทราบ

มอง กง.ทรัพ ปอส.

(นางอัญชณา กนกวิจิตร)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านบริการทางวิชาการ) รักษาราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

หนังสือขอย้ายหรือขอโอน

(สำหรับผู้ขอย้ายหรือขอโอนทุกประเภทและระดับตำแหน่ง)

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง [ ] ขอย้าย [ ] ขอโอน มาดำรงตำแหน่งในระดับที่ไม่สูงกว่าเดิม

เรียน อธิบดีกรมควบคุมโรค

๑.ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ปัจจุบันเป็นข้าราชการ [ ] พลเรือนสามัญ [ ] ประเภทอื่น (ระบุ).....

ดำรงตำแหน่งประเภท [ ] วิชาการ [ ] ทั่วไป [ ] อื่น ๆ (ระบุ).....

ชื่อตำแหน่ง.....ระดับ.....

ส่วนราชการ.....

.....

๒. มีความประสงค์ขอ [ ] ย้าย [ ] โอน มาดำรงตำแหน่ง.....

ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....กลุ่ม.....

กอง.....กรมควบคุมโรค

เหตุผลในการขอย้าย/ขอโอน คือ .....

๓. ขณะนี้

[ ] อยู่ในระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ

[ ] อยู่ในระหว่างลาศึกษา/ฝึกอบรม/ดูงาน หลักสูตร.....

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

[ ] อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานชดใช้ทุนตามสัญญาลาศึกษาในหลักสูตร.....

.....ต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุน.....ปี ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

[ ] ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการแล้ว

[ ] อยู่ในระบบข้าราชการผู้มีผลสัมฤทธิ์สูง (HiPPs)

๔. ข้อมูลส่วนบุคคล

๔.๑ ประวัติส่วนตัว

เกิดวันที่ .....เดือน.....พ.ศ. .....อายุ.....ปี.....เดือน

เริ่มรับราชการเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุราชการ.....ปี.....เดือน

(นับถึงเดือน.....พ.ศ.....) ภูมิลำเนาเดิม.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์บ้าน/มือถือ.....

[ ] เป็นสมาชิก กบข. ประเภท [ ] สะสม [ ] ไม่สะสม

[ ] ไม่เป็นสมาชิก กบข.

๔.๒ ประวัติการศึกษา (วุฒิตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งและสูงกว่า)

ชื่อประกาศนียบัตร/ปริญญา และสาขา/วิชาเอก	ปีที่สำเร็จการศึกษา	สถาบัน

๔.๓ ใบอนุญาต...

๔.๓ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) (ชื่อใบอนุญาต).....
วันออกใบอนุญาต.....วันหมดอายุ.....

๔.๔ ประวัติการจ้างงานประเภทพนักงานราชการ ลูกจ้างหรือพนักงานกระทรวงสาธารณสุข (ถ้ามี)

วันที่เริ่มจ้าง	วันสิ้นสุดการจ้าง	ประเภทการจ้าง	ชื่อตำแหน่งที่จ้าง	หน่วยงานที่จ้าง

๔.๕ประวัติการดำรงตำแหน่งข้าราชการ

การแต่งตั้ง (บรรจุ/ย้าย/โอน/เลื่อน)	วัน/เดือน/ ปี พ.ศ.	ตำแหน่ง/ระดับ	หน่วยงานระดับกองและกรม

๔.๖ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน (ย้อนหลัง ๓ ปี)

ปี พ.ศ.	ระยะเวลา (ปี เดือน วัน)	หลักสูตร	สถาบัน

๕. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งปัจจุบัน (ข้อนี้สำหรับผู้ที่ขอย้าย/โอน มาดำรงตำแหน่งในสายงานที่ไม่จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกันกับตำแหน่งที่ตนเองดำรงอยู่เท่านั้น)

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

๖. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอน ความรู้ความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติงานที่เป็นผลงานเด่น จำนวน .....เรื่อง (๑-๓ เรื่อง) ดังรายละเอียดตามเอกสารแนบ (ข้อนี้สำหรับผู้ที่ขอย้าย/โอน มาดำรงตำแหน่งในสายงานที่ไม่จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกันกับตำแหน่งที่ตนเองดำรงอยู่เท่านั้น)

๖.๑ เรื่อง.....

๖.๒ เรื่อง.....

๖.๓ เรื่อง.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับการประเมิน

(.....)

วันที่.....

<u>คำรับรองของผู้บังคับบัญชา</u>

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ระดับ.....(ส่วนราชการ).....

เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า.....เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ มีความสนใจ และอุตสาหะในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี และไม่อยู่ระหว่างการดำเนินการทางวินัย

(ลงชื่อ)..... ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลการปฏิบัติงาน

(.....)

วันที่...../...../.....

<u>เห็นด้วยกับคำรับรองของผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลการปฏิบัติงาน</u>

(ลงชื่อ).....ผู้อำนวยการกองต้นสังกัด

(.....)

(ตำแหน่ง).....

วันที่...../...../.....

สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอน ความรู้ความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานเด่น **(จำนวน ๑-๓ เรื่อง)** สำหรับผู้ที่ขอย้าย/โอน มาดำรงตำแหน่งในสายงานที่ไม่จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกันกับตำแหน่งที่ตนเองดำรงอยู่เท่านั้น

ลำดับที่ ๑

๑. ชื่อผลงาน.....

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ.....

๓. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอน และความรู้ความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
(ขนาดตัวอักษร ๑๖ point ความยาวไม่เกิน ๑-๓ หน้ากระดาษ A4)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ผู้เสนอผลงาน

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

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ผู้บังคับบัญชา

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

ลำดับที่ ๒ (ถ้ามี แสดงรายละเอียดเช่นเดียวกับลำดับที่ ๑)

หมายเหตุ เป็นการสรุปสาระสำคัญ ขั้นตอน ความรู้ความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติงานของผลงานที่ผ่านมา ซึ่งเพียงพอที่จะแสดงให้เห็นว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ที่จะปฏิบัติในตำแหน่งที่จะย้ายหรือโอนได้ หรืออาจกำหนดให้ส่งรายละเอียดของผลงานดังกล่าวก็ได้



เลขที่..... (ส่วนราชการเจ้าของหนังสือ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วย (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง/ระดับ.....สังกัด.....

.....

มีความประสงค์ขอนับระยะเวลาการดำรงตำแหน่งเกื้อกูล เพื่อขอโอนไปรับราชการในตำแหน่ง .....ระดับ.....ส่วนราชการ.....กรมควบคุมโรค

.....(ชื่อส่วนราชการที่ออกหนังสือรับรอง).....ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว).....ได้ปฏิบัติงานที่ส่วนราชการแห่งนี้ โดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติในแต่ละช่วงเวลา ดังต่อไปนี้

๑. ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....

ดำรงตำแหน่ง/ระดับ.....

และปฏิบัติงานโดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติ ดังนี้ .....

.....

.....

.....

๒. ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....

ดำรงตำแหน่ง/ระดับ.....

และปฏิบัติงานโดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติ ดังนี้ .....

.....

.....

.....

.....

ให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ)

(พิมพ์ชื่อเต็ม)

(ตำแหน่ง)

<u>หมายเหตุ</u> หนังสือรับรองนี้ใช้สำหรับกรณีการย้าย/โอน ไปดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการขึ้นไป ซึ่งผู้ขอโอนมีระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้งหรือสายงานที่จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกันไม่ครบถ้วน

การตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคล

ชื่อผู้ขอรับการประเมินบุคคล.....
ตำแหน่งปัจจุบัน/ระดับ.....
ตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง/ระดับ.....

๑. คุณวุฒิทางการศึกษาตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง [ ] ตรง [ ] ไม่ตรง
๒. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง [ ] มีการกำหนดไว้ [ ] ไม่ได้กำหนด
๓. กรณีที่มีการกำหนดไว้ในข้อ ๒ ผู้ขอรับการประเมินมีใบอนุญาตดังกล่าวหรือไม่ [ ] มี [ ] ไม่มี
๔. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง
[ ] ครบ [ ] ไม่ครบ
๕. หนังสือ/เอกสารหลักฐานการจ้างงานประเภทพนักงานราชการ ลูกจ้าง/พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ในกรณีที่ระยะเวลาตามข้อ ๔ ไม่ครบ [ ] มี [ ] ไม่มี
๖. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้งหรือสายงานที่จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกัน (เฉพาะตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการขึ้นไป)
[ ] ครบ [ ] ไม่ครบ
๗. หนังสือรับรองลักษณะงานที่ปฏิบัติในตำแหน่งที่ขอนำระยะเวลามาขอนับเกื้อกูล ในกรณีที่ระยะเวลาตามข้อ ๖ ไม่ครบ (เฉพาะตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการขึ้นไป)
[ ] มี [ ] ไม่มี

<u>สรุปผลการตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคล</u>

[ ] อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะดำเนินการต่อไปได้
[ ] อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะดำเนินการต่อไปได้ แต่ต้องให้คณะกรรมการประเมินบุคคลที่ อ.ก.พ.กรม แต่งตั้ง พิจารณาการขอนับระยะเวลาการดำรงเกื้อกูล (เฉพาะตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการขึ้นไป)
[ ] ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ (ระบุเหตุผล).....
.....

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ
(.....)
ตำแหน่ง.....
ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่จะแต่งตั้ง

วันที่.....