

(สำเนา)

ประกาศคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อรับย้าย/รับโอน ให้ดำรง

ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ และรับย้ายให้ดำรง

ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ)

ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

.....

ด้วยคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ จะดำเนินการคัดเลือกข้าราชการเพื่อรับย้าย/รับโอน มาดำรงตำแหน่งว่างในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย จำนวน ๗ ตำแหน่ง เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกข้าราชการเพื่อรับย้าย/รับโอน ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงได้ประกาศรับสมัครคัดเลือก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ก. ตำแหน่งที่รับสมัคร

รับสมัครเพื่อรับย้าย/รับโอน

ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๙๔๐๔๑ สังกัดกลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลสวรรคโลก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

รับสมัครเพื่อรับย้าย

๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ) ตำแหน่งเลขที่ ๙๔๓๖๓ สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำขาว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

๒. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ) ตำแหน่งเลขที่ ๙๔๓๙๐ สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป้อม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีมาศ จังหวัดสุโขทัย

๓. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ) ตำแหน่งเลขที่ ๙๔๕๓๐ สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาขุนไกร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย

๔. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ) ตำแหน่งเลขที่ ๙๔๔๗๙ สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองอ้อ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

๕. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ) ตำแหน่งเลขที่ ๙๔๖๐๒ สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไผ่ตะล่อม ตำบลคลองยาง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

๖. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ) ตำแหน่งเลขที่ ๙๔๖๒๒ สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขอนแก่น ตำบลเมืองบางขลัง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

๒/ข.คุณสมบัติ...

ข. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการคัดเลือก

๑. มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตามมาตรฐานการกำหนดตำแหน่ง
๒. ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องตามที่ส่วนราชการเจ้าสังกัดเห็นว่าเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบและลักษณะงานที่ปฏิบัติมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี

ค. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร

ให้ผู้ประสงค์จะสมัครเพื่อย้าย/โอน ยื่นใบขอย้าย/ใบขอโอน และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้ด้วยตนเองที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ชั้น ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตั้งแต่วันที่ ๑๗ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ในวันและเวลาราชการ

ง. เอกสารที่ต้องยื่นประกอบการรับย้าย/รับโอน

๑. ใบขอย้าย/ใบขอโอน ที่ได้ผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นจากหน่วยงานต้นสังกัดของผู้ขอย้าย/ขอโอน ตัวจริง จำนวน ๑ ชุด และสำเนา จำนวน ๗ ชุด
๒. สำเนา ก.พ. ๗ จำนวน ๘ ชุด
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๘ ฉบับ
๔. สำเนาวุฒิการศึกษา จำนวน ๘ ฉบับ

จ. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก

๑. คณะกรรมการคัดเลือกฯ จะคัดเลือกข้าราชการที่มีความเหมาะสมกับตำแหน่ง ๆ ละ ๑ คน
๒. คณะกรรมการคัดเลือกฯ จะพิจารณาคัดเลือกโดยวิธีการ สัมภาษณ์หรือวิธีอื่นใด เพื่อประเมินความเหมาะสมกับตำแหน่งจากประวัติส่วนตัว ประวัติการศึกษา ประวัติการทำงาน ประสบการณ์ ท่วงทีวาจา อุปนิสัย อารมณ์ ทัศนคติการทำงาน ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ปฏิภาณไหวพริบ บุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สมัครเข้ารับ การคัดเลือก เพื่อให้ได้บุคคลที่มีเหมาะสมกับตำแหน่งที่ได้ประกาศรับย้าย/รับโอน ครั้งนี้

ฉ. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก วันเวลาและสถานที่คัดเลือกเพื่อรับย้าย/รับโอนครั้งนี้ ภายในวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ณ บอร์ดประชาสัมพันธ์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย และที่เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย และเว็บไซต์ <http://person.skto.moph.go.th/> หรือโทรสอบถามที่หมายเลข ๐ ๕๕๖๑ ๐๐๖๘ ในวันและเวลาราชการ

ประกาศ ณ วันที่ ๖ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๓

(ลงชื่อ) ปองพล วรปานี

(นายปองพล วรปานี)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ประธานคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ

ใบขอย้าย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน

1. ข้าพเจ้า.....วุฒิ.....

ใบอนุญาต วุฒิบัตร.....

2. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง ระดับ.....

ตำแหน่งเลขที่..... ส่วนราชการ

ดำรงตำแหน่งเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. อัตราเงินเดือนปัจจุบันบาท

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

4. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรง

ตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

ยินยอมลดระดับ ไม่ยินยอมลดระดับ

5. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย

มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

อยู่ในระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอนำผลประเมินวิชาการ
ที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

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
(.....)

คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่

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 หรือ หัวหน้าหน่วยราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้เป็นผู้ให้คำรับรอง เบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับ ตำแหน่งใหม่ แล้วแต่กรณี

บันทึกประกอบการขอย้าย / โอน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ส่วนราชการ.....

มีความประสงค์จะขอย้าย / โอน ไปรับราชการที่

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
แต่ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย / โอน

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอนไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่าง ประเมินผลงาน
ทางวิชาการ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่โดยขอแสดงผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิม
ขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย / โอน

วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานเจ้าหน้าที่

วันที่.....