

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย  
งานการเจ้าหน้าที่  
เลขรับที่ ๑๗๑  
วันที่ ๒๒ มี.ค. ๒๕๖๓  
เวลา.....



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย  
เลขรับที่ ๓๒๖  
วันที่ ๒๒ มี.ค. ๒๕๖๓  
โรงพยาบาลชลบุรี.....

ที่ ขบ ๐๐๓๒.๑/๐๐๑

โรงพยาบาลชลบุรี  
๖๙ หมู่ ๒ ถนนสุขุมวิท  
ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง  
จังหวัดชลบุรี ๒๐๐๐๐

๓/ มกราคม ๒๕๖๓

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อเลื่อนระดับให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชลบุรี สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาประกาศรับสมัครฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย โรงพยาบาลชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี มีความประสงค์จะรับสมัคร คัดเลือกข้าราชการเพื่อเลื่อนระดับให้ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการพิเศษ จำนวน ๕ ตำแหน่ง ๕ อัตรา โดยกำหนดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๓ ถึง ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ในวันและเวลาราชการ ดังนี้

- ๑.๑ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ กลุ่มการพยาบาล  
- ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๒๕๐๕๗
- ๑.๒ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ กลุ่มการพยาบาล  
- ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๒๕๐๘๗
- ๑.๓ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มการพยาบาล  
- ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๒๕๐๐๐
- ๑.๔ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาล  
- ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๒๔๙๙๙
- ๑.๕ กลุ่มงานพัฒนาศูนย์พยาบาลบุคคล  
- ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (ด้านการบริการทางวิชาการ) ตำแหน่งเลขที่ ๒๔๕๕๙

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกัน ซึ่งหากประสงค์ จะสมัครเข้ารับการคัดเลือก ให้ยื่นเอกสารการสมัครได้ที่กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ตึกอำนวยการ ชั้น ๒ โรงพยาบาลชลบุรี หรือสอบถามรายละเอียดได้ที่ โทร. ๐ ๓๘๙๓ ๑๙๙๕ หรือที่เว็บไซต์ของ โรงพยาบาลชลบุรี <http://www.chb.moph.go.th> ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนถึงวันปิดรับสมัคร โดยจะถือว่าวันที่ลง รับหนังสือของโรงพยาบาลชลบุรีเป็นสำคัญ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสวรรค์ ขวัญใจพานิช)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี  
ประธานคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล  
โทรศัพท์ ๐ ๓๘๙๓ ๒๐๓๑-๔  
โทรสาร ๐ ๓๘๙๓ ๑๑๐๐

เลขที่จดแจ้งหรือเลขที่เอกสารกำกับภาษี  
.....  
.....  
.....


ชื่อ/เลขที่บัญชีธนาคาร  
.....  
.....  
.....


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

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

- เพื่อโปรดทราบ
- เห็นควรพิจารณาสั่งการ
- เห็นควรพิจารณาอนุมัติ
- เห็นควรประชาสัมพันธ์
- เพื่อโปรดลงนามใน.....
- อื่นๆ.....

  
(นางสาวปรายฝัน สุทโปรง)  
เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน

  
(นางสาวสุมิษา ชัยมงคล)  
นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ

  
(นายเอนก สุขสัมพันธ์)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย