



ประกาศคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ
เรื่อง รับย้ายข้าราชการมาดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ
สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ด้วย คณะกรรมการคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานให้ดำรงตำแหน่งประเภท
วิชาการ ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ ที่ อ.ก.พ.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งจะ
ดำเนินการคัดเลือกข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งว่างเพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ที่
อ.ก.พ.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ จึงประกาศรับสมัครคัดเลือก โดยมีรายละเอียด
ดังต่อไปนี้

ก. ตำแหน่งที่รับย้าย

๑.๑ ตำแหน่งเลขที่ ๙๓๗๓๒ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ
สังกัดกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

๑.๒ ตำแหน่งเลขที่ ๙๔๐๗๘ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ
สังกัดกลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสวรรคโลก สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

๑.๓ ตำแหน่งเลขที่ ๙๔๓๖๓ ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(นักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ) สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำขาว
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

๑.๔ ตำแหน่งเลขที่ ๙๔๖๗๓ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ
สังกัดกลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีมามาศ จังหวัดสุโขทัย

๑.๕ ตำแหน่งเลขที่ ๙๔๕๓๐ ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(นักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ) สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาขุนไกร
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย

๑.๖ ตำแหน่งเลขที่ ๙๔๔๙๓ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ
สังกัดกลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

๑.๗ ตำแหน่งเลขที่ ๙๔๔๙๒ ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(นักวิชาการสาธารณสุขระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ) สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากคะยาง
ตำบลบ้านแก่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

ข. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการคัดเลือก

๑. มีคุณสมบัติตรงมาตรฐานกำหนดตำแหน่งที่ ก.พ. กำหนด ในตำแหน่งนักวิชาการ
สาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ และ

๒. ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องตามที่ส่วนราชการเจ้าสังกัดเห็นว่าเหมาะสมกับหน้าที่ ความรับผิดชอบ
และลักษณะงานที่ปฏิบัติมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี

ค. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร

ให้ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกยื่นใบสมัครและเอกสารต่าง ๆ ได้ที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ชั้น ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตั้งแต่วันที่ ๒๓ เมษายน ถึง ๕ พฤษภาคม ๒๕๖๓ ในวันและเวลาราชการ

ง. เอกสารที่ยื่นพร้อมใบขอย้าย

๑. ใบขอย้าย ฉบับจริง จำนวน ๑ ชุด และสำเนา จำนวน ๗ ชุด
พร้อมแนบ ก.พ.๗ และวุฒิการศึกษาทุกชุด

๒. เอกสารการันตีระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่ขอเกื้อกูลในตำแหน่งที่ขอย้าย จำนวน ๓ ชุด (กรณีดำรงตำแหน่งไม่ตรงกับตำแหน่งที่รับย้าย)

หมายเหตุ : เอกสารที่เป็นสำเนาต้องลงนามรับรองความถูกต้องทุกฉบับ

จ. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก

๑. ผู้สมัครต้องรับรองคุณสมบัติของตนเองว่ามีคุณสมบัติครบถ้วนที่จะแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งนับจนถึงวันปิดรับสมัคร

๒. การพิจารณาคัดเลือกคณะกรรมการจะพิจารณาจาก ใบสมัคร ผลงาน ประวัติการรับราชการ ทั้งนี้ อาจใช้วิธีการสัมภาษณ์หรือวิธีอื่นใดเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะแสดงออกถึงความรู้ความสามารถ และความเหมาะสมของผู้สมัครตามที่ได้ประกาศไว้ โดยผู้ได้รับคัดเลือกต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

ฉ. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก และกำหนดวัน เวลา สถานที่คัดเลือก

คณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก พร้อมกำหนดวันเวลา และสถานที่คัดเลือก ในตำแหน่งที่รับย้าย ภายในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๓ ที่เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย , กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย หรือโทรศัพท์สอบถามที่หมายเลข ๐ ๕๕๖๑ ๐๐๖๘

ช. การแต่งตั้ง

คณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ จะเสนอรายชื่อผู้ได้รับคัดเลือกตำแหน่งละ ๑ คน ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย พิจารณาให้ความเห็นชอบแล้วจึงจะดำเนินการออกคำสั่งย้ายต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ เมษายน พ.ศ.๒๕๖๓



(นายปองพล วรปาณี)

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 ฉบับ

4. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรง

ตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

ยินยอมลดระดับ

ไม่ยินยอมลดระดับ

5. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย

มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

อยู่ในระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอให้นำผลประเมินวิชาการ
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
(.....)

คำรับรองความประพฤติและความเห็นของผู้บังคับบัญชา

ตามที่ (นาย, นาง, นางสาว)
ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ขอย้ายไปดำรงตำแหน่งทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยนั้น ได้พิจารณาแล้ว

ให้ย้ายได้ตามความประสงค์

ไม่ให้ย้าย เนื่องจาก.....
.....
.....

(ลงชื่อ).....

(...ผอ.รพ./สสอ./นพ.สสจ.(กรณีต่างจังหวัด)..)

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

- 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.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อน โอน ไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่าง ประเมินผลงาน
ทางวิชาการ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอนำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิม
ขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

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

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