



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล โทร. ๐ ๓๔๕๑ ๒๙๖๑ ต่อ ๑๑๐

ที่ กจ ๐๐๓๓.๐๑๑/ ๓๒๑๕

วันที่ ๑

กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง รับย้ายข้าราชการเพื่อคัดเลือกให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

เรียน รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี , หัวหน้ากลุ่มงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
กาญจนบุรี , ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดกาญจนบุรี

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี มีความประสงค์รับย้ายข้าราชการเพื่อคัดเลือก
ให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
จำนวน ๑ ตำแหน่ง คือ ตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ) ตำแหน่งเลขที่
๑๐๑๖๐ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

ทั้งนี้ หากมีผู้ประสงค์จะเข้ารับการคัดเลือกเพื่อย้ายไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งดังกล่าว
ให้ยื่นใบขอย้ายและเอกสารต่างๆ ตามที่กำหนด โดยมีหนังสือนำส่งจากต้นสังกัดด้วยตนเองได้ที่
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ตั้งแต่วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๖
ถึงวันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๖ ในวันและเวลาราชการ **กรณีส่งเอกสารทางไปรษณีย์ (มีหนังสือนำส่งจาก
ต้นสังกัด) จะพิจารณาจากวันที่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีลงรับหนังสือ หากพ้นกำหนดนี้จะไม่รับ
พิจารณา**

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกัน

(นายชาติชาย กิตยานันท์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี



ใบขอย้ายและเอกสารต่างๆ

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 ☐ อยู่ในช่วงการลาศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดูงาน หลักสูตร
ตั้งแต่วันที่ เดือน..... พ.ศ. ถึงวันที่ เดือน..... พ.ศ.

☐ ไม่อยู่ในช่วงการลาศึกษา/ฝึกอบรม/ดูงาน

☐ อยู่ในช่วงปฏิบัติงานขอใช้ทุนหลักสูตร.....
ต้องปฏิบัติงานขอใช้ทุน 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

☐ อยู่ในช่วงประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอนำผลการประเมินวิชาการ
ที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

/6...

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

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่าง ประเมินผลงาน
ทางวิชาการ

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่โดยขอแสดงผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิม
ขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย / โอน

วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานการเจ้าหน้าที่

วันที่.....

แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

ของ

.....(ชื่อ-สกุล).....

ตำแหน่ง..... (ด้าน.....)

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

ประเมินบุคคลเพื่อย้าย/ โอน ไปแต่งตั้งให้ดำรง

ตำแหน่ง..... (ด้าน.....)

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

1. แบบแสดงข้อมูลส่วนบุคคล

1. ชื่อผู้ขอประเมิน
2. ตำแหน่งปัจจุบันระดับ.....(ด้าน(ถ้ามี))
ตำแหน่งเลขที่สังกัด ฝ่าย/กลุ่ม/ส่วน
กอง/สำนัก/สถาบัน/ศูนย์ กรม
3. ตำแหน่งที่ขอประเมินระดับ.....(ด้าน(ถ้ามี))
ตำแหน่งเลขที่สังกัด ฝ่าย/กลุ่ม/ส่วน
กอง/สำนัก/สถาบัน/ศูนย์ กรม
4. ประวัติส่วนตัว (จาก ก.พ. 7)
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ
อายุราชการปี เดือน ปีเกษียณ
5. ประวัติการศึกษา

คุณวุฒิและวิชาเอก (ชื่อปริญญา)	ปีที่สำเร็จการศึกษา	สถาบัน
.....
.....
6. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) (ชื่อใบอนุญาตและเลขที่ใบอนุญาต)
วันออกใบอนุญาตวันหมดอายุ
7. ประวัติการรับราชการ (จากเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน แสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ในระดับสูงขึ้นแต่ละระดับ และการเปลี่ยนแปลงในการดำรงตำแหน่งในสายงานต่าง ๆ)

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	สังกัด
.....
.....
8. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน

ปี	ระยะเวลา	หลักสูตร	สถาบัน
.....
.....
9. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (เคยปฏิบัติงานเกี่ยวกับอะไรบ้างที่นอกเหนือจากข้อ ๗ เช่น
เป็นหัวหน้าโครงการ หัวหน้างาน กรรมการ อนุกรรมการ วิทยากร อาจารย์พิเศษ เป็นต้น)
.....
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) (ผู้ขอประเมิน)

(.....)

(วันที่)/...../.....

หมายเหตุ ข้อ 1 – 9 ให้ผู้ขอประเมินเป็นผู้กรอกข้อมูล พร้อมทั้งแนบสำเนาเอกสารที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงานการเจ้าหน้าที่เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง

เอกสารประกอบการพิจารณาขออนุมัติระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่ขอเลื่อนตำแหน่งที่ขอประเมิน

ของ นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....ตำแหน่งเลขที่.....

ส่วนราชการ (ระบุงาน/ฝ่าย/กลุ่ม/สอ./สสอ./รพ./สสจ.).....

ประเมินเพื่อดำรงตำแหน่ง.....ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

ชื่อ- สกุล/ตำแหน่งปัจจุบัน/วุฒิ	ช่วงเวลาดำรงตำแหน่งที่ขอเลื่อน	ตำแหน่ง/ลักษณะงานที่ขอเลื่อน	ระยะเวลาที่ขอเลื่อน	จำนวนผู้ร่วมดำเนินการ	สัดส่วนที่ผู้ขอเลื่อนได้ปฏิบัติงาน %	ตำแหน่ง/ลักษณะงานของตำแหน่งที่ขอประเมิน	ผู้รับรอง (เซ็นทุกหน้า)
	เป็นช่วงระยะเวลาการดำรงตำแหน่งที่ขอเลื่อนทั้งหมด	เป็นการดำรงตำแหน่งที่ขอเลื่อนแยกเป็นแต่ละระดับตำแหน่งที่ 1..ระดับ.... มีลักษณะงานที่ปฏิบัติ.....	เป็นระยะเวลาเฉพาะที่ดำรงตำแหน่งแต่ละระดับ..... * รวมระยะเวลาของแต่ละตำแหน่งแล้วจะต้องมียอดรวมเท่ากับช่องที่ 2	ผู้ร่วมปฏิบัติงานของแต่ละงาน		เป็นลักษณะงานที่ไปดำรงตำแหน่งใหม่โดยแยกเป็นแต่ละระดับให้ตรงตามลักษณะงานที่ปฏิบัติตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง	(.....) ผู้ประเมิน วัน/เดือน/พ.ศ. (.....) ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงาน วัน/เดือน/พ.ศ. (.....) ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ วัน/เดือนพ.ศ.