

ที่ สธ ๐๙๒๐.๐๑/๐๑๐๖๓



ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี
๔๕ หมู่ ๔ ถนนสถลมารค
ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ
จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๑๙๐

๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๘

เรื่อง รับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ด้วย ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี มีความประสงค์รับโอนข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง จำนวน ๑ ตำแหน่ง ดังนี้

๑. ตำแหน่งที่รับโอน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๔๖๖ กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี

๒. คุณสมบัติที่ต้องการ

- มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งที่ ก.พ. กำหนด และมีประสบการณ์ในงานที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งดังกล่าว

๓. เอกสารหลักฐานประกอบการโอน

๓.๑ แบบหนังสือขอโอน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๒ รูปถ่ายหน้าตรงชุดปกติขาวขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป

๓.๓ สำเนาวุฒิการศึกษา และระเบียบแสดงผลการศึกษา (Transcript) จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๔ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๕ สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ/ประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๖ สำเนาประวัติการรับราชการ (ก.พ.๗) ที่เป็นปัจจุบัน จำนวน ๑ ชุด

๓.๗ เอกสารอื่น (ถ้ามี) เช่น สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล

๔. การดำเนินการ

ผู้มีความประสงค์จะสมัครขอโอนสามารถยื่นหลักฐานด้วยตนเองหรือทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ (EMS) ไปยังงานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มอำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี เลขที่ ๔๕ หมู่ ๔ ถนนสถลมารค ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๑๙๐ โดยถือวันที่ทำการไปรษณีย์ต้นทางประทับตรารับจดหมายของผู้มีความประสงค์จะสมัครขอโอนเป็นวันที่สมัครขอโอน และขอทราบรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทร ๐ ๔๕๒๕ ๑๒๖๗ ๙ ตั้งแต่วันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๘ ในวันและเวลาราชการ ทั้งนี้ผู้มีความประสงค์ขอโอน สามารถ Download แบบแสดงความจำนงขอโอน ตาม QR Code ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกัน จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



QR Code

แบบแสดงความจำนงขอโอน

กลุ่มอำนวยการ งานการเจ้าหน้าที่

โทร : ๐ ๔๕๒๕ ๑๒๖๗ ๙

(นายสุทัศน์ ไชยยศ)

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี

หนังสือขอโอน

เขียนที่

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง ขอโอนมารับราชการ

เรียน อธิบดีกรมอนามัย

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)
เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. (อายุ.....ปีเดือน) (นับถึงวันที่ยื่นขอโอน)
เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□-□□-□ ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัด)
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ.....

๒. ปัจจุบันเป็นข้าราชการประเภท
ตำแหน่ง..... ระดับ..... ตำแหน่งเลขที่.....
ส่วนราชการ.....
ดำรงตำแหน่งนี้เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. อัตราเงินเดือน.....บาท
ปฏิบัติราชการจริงที่.....

๓. ขอโอนมาดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....
ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....
เหตุผลในการขอโอน.....

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว จำนวน..... ฉบับ

๔. ประวัติการศึกษา (ให้ระบุตั้งแต่วุฒิการศึกษาที่ใช้บรรจุ จนถึงวุฒิการศึกษาสูงสุด)

คุณวุฒิ และสาขาวิชาเอก (ชื่อปริญญา/ประกาศนียบัตร)	ปีที่สำเร็จ การศึกษา	สถาบัน

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

๖. ประวัติการรับราชการ (ให้ระบุตั้งแต่เริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน โดยให้แสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น และการเปลี่ยนแปลงในสายงาน และส่วนราชการ)

วัน/เดือน/ปี	ตำแหน่ง/ระดับ	อัตราเงินเดือน	สังกัด

๗. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน (ให้ระบุเฉพาะที่มีใบประกาศนียบัตร พร้อมแนบประกาศนียบัตร)

ปี	ระยะเวลา	หลักสูตร	หน่วยงานที่จัดอบรม

๘. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งปัจจุบัน

- (๑)
- (๒)
- (๓)

๙. ขณะนี้ ☐ อยู่ระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ ☐ พ้นจากการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ
- ☐ อยู่ระหว่างการศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดูงาน หลักสูตร.....
- ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ถึงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
- ☐ ไม่อยู่ระหว่างการศึกษา/ฝึกอบรม /ดูงาน
- ☐ อยู่ระหว่างปฏิบัติงานขอใช้ทุนหลักสูตร
- ต้องปฏิบัติงานขอใช้ทุน.....ปี ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
- ถึงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
- ☐ ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ
- ☐ เป็นสมาชิก กบข. ประเภท ☐ สะสม ☐ ไม่สะสม
- ☐ ไม่เป็นสมาชิก กบข.

๑๐. ☐ ไม่เคยผ่านการประเมินบุคคลและผลงานมาก่อน
- ☐ เคยผ่านการประเมินบุคคลและผลงาน
- โดยวิธีการ ☐ สอบหรือประเมินตาม ว ๓๔/๔๗ ในตำแหน่ง.....
- เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
- ☐ สอบหรือประเมินตาม ว ๑๖/๓๘, ว ๑๐/๔๘ ในตำแหน่ง.....
- เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

๑๑. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอโอนเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรงตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า
- ☐ ยินยอมที่จะโอนมารับราชการ ☐ ไม่ยินยอมที่จะโอนมารับราชการ

๑๒. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น
- ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
- ☐ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอน ☐ ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)ผู้ขอโอน

(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
ระดับ..... ส่วนราชการ
เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว).....
เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ มีความสนใจ
และอุตสาหะ ในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

๑. กรณีขอโอนติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งย้ายหรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส
๒. กรณีขอโอนกลับภูมิลำเนาเดิม ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม
๓. กรณีขอโอนเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณีที่บิดา มารดา อายุต่ำกว่า ๖๕ ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองจากแพทย์ด้วย
๔. กรณีขอโอนไปดำรงตำแหน่ง ที่ต้องมีใบประกอบวิชาชีพให้แนบสำเนาใบประกอบวิชาชีพด้วย
๕. กรณีผู้สมัครขอโอนดำรงตำแหน่งต่างสายงานและไม่จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน (ตามหนังสือสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๘/ว ๖๙๒ ลงวันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๔) ให้ส่งแบบประเมินบุคคลและ แบบแสดงรายละเอียดประกอบการพิจารณานำระยะเวลาการดำรงตำแหน่งหรือเคยดำรงตำแหน่ง ในสายงานอื่นซึ่งมีลักษณะงานเชิงวิชาการหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้องหรือเกื้อกูลมานับรวมเป็นระยะเวลาขั้นต่ำ ในการดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้ง มาพร้อมหนังสือขอโอนด้วย
๖. แนบสำเนาบัตรข้าราชการและสำเนาประวัติการรับราชการ (ก.พ.๗) ที่เป็นปัจจุบัน มาพร้อมหนังสือขอโอนด้วย