



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี กลุ่มอำนวยการ งานการเจ้าหน้าที่ โทร ๐ ๔๕๒๕ ๑๒๖๗- ๙
ที่ สธ ๐๙๒๐.๐๑/๑ ๓๕๕ วันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๘

เรื่อง รับย้ายข้าราชการพลเรือนสามัญ

เรียน ประธานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้อำนวยการสำนัก/กอง/ศูนย์/กลุ่ม/สถาบัน ในสังกัดกรมอนามัย และเลขานุการกรม

ด้วย ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี มีความประสงค์รับย้ายข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง จำนวน ๑ ตำแหน่ง ดังนี้

๑. ตำแหน่งที่รับย้าย

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๕๕๐ งานการพยาบาล ในชุมชน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี

๒. คุณสมบัติที่ต้องการ

- มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งที่ ก.พ. กำหนด และมีประสบการณ์ในงานที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งดังกล่าว

๓. เอกสารหลักฐานประกอบการย้าย

๓.๑ แบบหนังสือขอย้าย 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

ผู้มีความประสงค์จะสมัครขอย้ายสามารถยื่นหลักฐานด้วยตนเองหรือทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ (EMS) ไปยังงานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มอำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี เลขที่ ๔๕ หมู่ ๔ ถนนสกลมารค์ ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๑๙๐ โดยถือวันที่ทำการไปรษณีย์ต้นทางประทับตรารับจดหมายของผู้มีความประสงค์จะขอย้ายเป็นวันที่สมัครขอย้าย และขอทราบรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทร ๐ ๔๕๒๕ ๑๒๖๙ ตั้งแต่วันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๘ ในวันและเวลาราชการ ทั้งนี้ผู้มีความประสงค์ขอย้าย สามารถ Download แบบแสดงความจำนงขอย้าย ตาม QR Code ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกัน จะเป็นพระคุณ



QR Code

แบบแสดงความจำนงขอย้าย

(นายสุทัศน์ ไชยยศ)

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี

หนังสือขอย้าย

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน อธิบดีกรมอนามัย

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....วุฒิการศึกษา.....

ใบอนุญาต.....เลขที่.....วุฒิอื่นๆ.....

๒. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

ดำรงตำแหน่งนี้เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อัตราเงินเดือน.....บาท

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขณะนี้

☐ 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

๓. ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่ง.....ระดับ.....

ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอย้าย.....

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลพร้อมนี้แล้วจำนวน.....ฉบับ

๔. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรงตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

☐ ยินยอมลดระดับ ☐ ไม่ยินยอมลดระดับ

๕. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

☐ ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย

☐ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ อยู่ระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอนำผลประเมินวิชาการ
ที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

๖. ในการขอย้ายครั้งนี้หากทางราชการอนุญาตให้ย้ายได้ ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ ที่ต้องการ)

๖.๑ เงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว

☐ ขอเบิก

☐ ไม่ขอเบิก

๖.๒ เงินค่าพาหนะเดินทาง

☐ ขอเบิก

☐ ไม่ขอเบิก

๖.๓ เงินค่าเบี้ยเลี้ยง

☐ ขอเบิก

☐ ไม่ขอเบิก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย
(.....)

คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่

ตามที่ (นาย/นาง/นางสาว)

ตำแหน่ง

มีความประสงค์ขอย้ายไปดำรงตำแหน่งที่..... นั้น ได้พิจารณา

☐ ให้เบิกตามรายการที่ระบุใน ๖

☐ ให้เบิกเฉพาะรายการที่

☐ ไม่ให้เบิกทุกรายการที่ระบุใน ๖

(ลงชื่อ).....
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- หมายเหตุ ๑. กรณีขอย้ายติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งย้ายหรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส
๒. กรณีขอย้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม
๓. กรณีขอย้ายเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณีที่บิดา มารดา
อายุต่ำกว่า ๖๕ ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองจากแพทย์ด้วย
๔. ผู้อำนวยการสำนัก/กอง/ศูนย์/กลุ่ม/สถาบันในสังกัดกรมอนามัยที่ผู้ขอย้ายปฏิบัติราชการอยู่เป็นผู้ให้คำรับรอง
การเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับ ตำแหน่งใหม่ แล้วแต่กรณี