



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
 เลขรับที่ 686
 วันที่ 16 ม.ค. 2561
 ก. ๒๑

ที่ สป ๐๐๓๒.๐๑๑/ ๑. ๒๖

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
 ๕๖ ถนนเทศบาล ๓ อำเภอเมืองสระบุรี
 จังหวัดสระบุรี ๑๘๐๐๐

๑

มกราคม ๒๕๖๑

งานเวชการ
 เลขที่ 166
 17 ม.ค. 2561

เรื่อง รัยย้าย/รับโอนข้าราชการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบขอย้าย/ขอโอน จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี มีความประสงค์รับย้าย/รับโอน ข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งนักรังสีการแพทย์ปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๖๘๕๒ กลุ่มงานเทคนิคบริการ โรงพยาบาลแก่งคอย

ในการนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี จึงขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกัน หากมีผู้ประสงค์จะขอย้าย/โอน ไปดำรงตำแหน่งดังกล่าวข้างต้น ให้อื่นใบขอย้าย/ใบขอโอน ผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับ ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๑ สำหรับเอกสารการรับย้าย/รับโอน มีดังนี้

- ๑.แบบคำร้องขอย้าย/ขอโอน
 - ๒.สำเนาประวัติการรับราชการ (ก.พ.๗)ที่เป็นปัจจุบัน
 - ๓.สำเนาวุฒิการศึกษา
 - ๔.เอกสารอื่นๆถ้ามี เช่นใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง อย่างละ ๑ ฉบับ
- จึงเรียนมาเพื่อทราบและประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดทราบต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

เห็นควร เหว่งทบทวนแล้วส่งต่อไป

- อนุญาต อนุมัติ ดำเนินการ
 เพื่อโปรดทราบ / สั่งการ

18 ม.ค. 2561

(นายแพทย์ พงศ์ปลื้มพิชิตชัย)
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

ทราบ
 ดำเนินการ

(นายอดุลย์ วรรณชาติ)

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
 โทร. ๐ ๓๖๒๒ ๓๑๑๘ ต่อ ๑๒๒
 โทรสาร. ๐ ๓๖๒๑ ๒๐๓๘, ๐ ๓๖๒๑ ๒๐๘๔

รก.นักวิชาการสาธารณสุข(ชำนาญการสาธารณสุข)เชี่ยวชาญ
 ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

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

อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานขอใช้ทุนหลักสูตร.....

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

อยู่ในระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอนำผลประเมินวิชาการ
ที่ส่วนราชการเดิม ไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

6. ในการขอย้ายครั้งนี้หากทางราชการอนุญาตให้ย้ายได้ ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย / ใน ที่ต้องการ)

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 6.1 เงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว | <input type="radio"/> ขอเบิก | <input type="radio"/> ไม่ขอเบิก |
| 6.2 เงินค่าพาหนะเดินทาง | <input type="radio"/> ขอเบิก | <input type="radio"/> ไม่ขอเบิก |
| 6.3 เงินค่าเบี้ยเลี้ยง | <input type="radio"/> ขอเบิก | <input type="radio"/> 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.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อน โอนไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่าง ประเมินผลงาน
ทางวิชาการ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่โดยขอนำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิม
ขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย / โอน

วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานเจ้าหน้าที่

วันที่.....