



ที่ อบ ๐๐๓๒.๐๐๑/ ว ๑๓๑๒

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ถนนพรหมเทพ อบ ๓๔๐๐๐

๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง รับสมัครข้าราชการไปปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งหัวหน้าการพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
และสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. ใบสมัคร	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. ใบขอย้าย/คุณสมบัติ	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย ผู้ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าการพยาบาล โรงพยาบาลบุณฑริก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้ย้ายไปปฏิบัติราชการยังส่วนราชการแห่งใหม่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จึงมีความประสงค์รับสมัครข้าราชการไปปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งดังกล่าว หากผู้ใดประสงค์จะสมัครไปดำรงตำแหน่ง ขอให้ส่งใบสมัครได้ที่ งานกาเจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่บัดนี้ จนถึงวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ โดยสามารถตรวจสอบรายละเอียดได้ที่ <http://www.phoubon.in.th> บริหารทั่วไป หัวข้อ รับสมัครตำแหน่งต่าง ๆ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุรพร ลอยหา)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มงานบริหารทั่วไป(งานกาเจ้าหน้าที่)

โทร. ๐ ๔๕๒๖ ๒๖๙๒-๗๐๐ ต่อ ๑๒๓๒, ๑๒๓๓

โทรสาร. ๐ ๔๕๒๔ ๓๓๐๑

แบบใบสมัครคัดเลือกไปดำรงตำแหน่ง หัวหน้าการพยาบาล โรงพยาบาลบุณทรภิก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑. ชื่อผู้สมัคร.....อายุ.....ปีอายุราชการ.....ปี
วันที่บรรจุเข้ารับราชการ.....

๒. วุฒิทั้งในประเทศและต่างประเทศ

๒.๑.....

๒.๒.....

๓. ตำแหน่งปัจจุบัน(ตาม จ.๑๘).....

ส่วนราชการ.....

ปฏิบัติงานจริงที่.....

ตั้งแต่วันที่.....

๔. ตำแหน่งอื่นที่ได้รับมอบหมายและเคยได้รับมอบหมาย

๔.๑.....

๔.๒.....

๕. ผลงานที่สำคัญที่ได้เคยปฏิบัติ

๕.๑.....

๕.๒.....

๖. เครื่องราชอิสริยาภรณ์ครั้งสุดท้าย.....ได้รับเมื่อ.....

๗. ข้าพเจ้าขอสมัครดำรงตำแหน่ง

๘. แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในตำแหน่งที่สมัคร

๘.๑.....

๘.๒.....

๙. บุคคลที่อ้างอิง

๙.๑.....

๙.๒.....

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

วันที่.....

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการคัดเลือก

ตำแหน่งหัวหน้าการพยาบาล โรงพยาบาลบุณยฤทธิ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

.....

๑. มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ และ
๒. ดำรงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งมาแล้ว ดังต่อไปนี้
 - ๒.๑ ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
 - ๒.๒ ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ ไม่น้อยกว่า ๔ ปี
๓. ปฏิบัติงานด้านพยาบาลวิชาชีพ หรืองานอื่นที่เกี่ยวข้องตามที่ส่วนราชการเจ้าสังกัดเห็นว่าเหมาะสม กับหน้าที่ความรับผิดชอบและลักษณะงานที่ปฏิบัติมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี

.....

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

☐ อยู่ในช่วงปฏิบัติงานชดใช้ทุนหลักสูตร.....

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. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

☐ ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย

☐ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ อยู่ในช่วงประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอนำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

/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

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่โดยขอนำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิม
ขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

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

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานเจ้าหน้าที่
วันที่.....