



ที่ อบ 0027/179418

ศาลากลางจังหวัดอุบลราชธานี  
ถนนอุปราชา อำเภอเมือง 34000

๒ ตุลาคม 2552

เรื่อง รับสมัครข้าราชการเพื่อคัดเลือกไปปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ

เรียน สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.ใบขอย้าย/ใบสมัคร จำนวน 1 ชุด  
2.คุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือก จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย จังหวัดอุบลราชธานี ได้สั่งให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอวาริน  
ชำราบ และผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ไปรักษาราชการแทน  
สาธารณสุขอำเภอน้ำขุ่น และสาธารณสุขอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ตามลำดับ  
จึงทำให้ไม่มีผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ และผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ  
พิบูลมังสาหาร

ในการนี้ จังหวัดอุบลราชธานี จึงมีความประสงค์รับสมัครข้าราชการเพื่อไปปฏิบัติ  
หน้าที่ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอที่ว่างดังกล่าว โดยให้ผู้สนใจยื่นใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกภายใน  
วันที่ 8 ตุลาคม 2552 ที่งานกรเจ้าหน้าที่ กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
อุบลราชธานี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบโดยทั่วกันด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุวิทย์ โรจนศักดิ์โสธร)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มงานบริหารทั่วไป (งานกรเจ้าหน้าที่)  
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี

โทร 045-262693-7 ต่อ 1232,1233

โทรสาร 045-243301,241918

## คุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือก

### คุณสมบัติทั่วไป

#### กรณีย้าย

1.เป็นผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ประจำหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

#### กรณีสมัครเข้ารับการคัดเลือกใหม่

- เป็นข้าราชการพลเรือนสามัญผู้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ หรือ
  - เป็นข้าราชการพลเรือนสามัญผู้ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับชำนาญงาน
- .....

## แบบใบสมัครไปปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ

- 1) ชื่อผู้สมัคร ..... อายุ ..... ปี อายุราชการ ..... ปี  
วันที่บรรจุเข้ารับราชการ..... เกษียณอายุราชการ 30 กันยายน พ.ศ.....
  - 2) วุฒิทั้งในประเทศและต่างประเทศ  
2.1 .....  
2.2 .....
  - 3) ตำแหน่งปัจจุบัน (ตาม จ.18) .....  
ส่วนราชการ .....  
ปฏิบัติงานจริงที่ .....  
ตั้งแต่วันที่.....
  - 4) ตำแหน่งอื่นที่ได้รับมอบหมายและเคยได้รับมอบหมาย  
4.1 .....  
4.2 .....
  - 5) ผลงานที่สำคัญที่ได้เคยปฏิบัติ  
5.1 .....  
5.2 .....
  - 6) เครื่องราชอิสริยาภรณ์ครั้งสุดท้าย ..... ได้รับเมื่อ .....
  - 7.) ข้าพเจ้าขอสมัครดำรงตำแหน่ง (ระบุตำแหน่งและส่วนราชการตามลำดับ)  
7.1 ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ .....  
7.2 ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ .....
  - 8.) แผนงานโครงการที่จะดำเนินการในตำแหน่งที่สมัคร  
8.1 .....  
8.2 .....
  - 9.) บุคคลที่อ้างอิง  
9.1 ..... โทร .....  
9.2..... โทร .....
- (ลงชื่อ).....ผู้สมัคร (ลงชื่อ).....ผู้รับรอง(ระดับกอง/จังหวัด)  
(.....)  
วันที่ ..... วันที่ .....

## ใบขอย้าย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน .....

1. ข้าพเจ้า.....วุฒิ.....

ได้บรรจุเข้ารับราชการครั้งแรกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....  
ในตำแหน่ง.....  
ส่วนราชการ.....

2. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....

รับเงินเดือนขั้น.....บาท ส่วนราชการ.....  
ปฏิบัติราชการจริงที่.....  
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

3. ข้าพเจ้าเป็นผู้เคยได้รับอนุมัติให้เข้าศึกษาในหลักสูตร.....

ที่.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... เป็นเวลา.....ปี มี  
สัญญาต้องปฏิบัติราชการชดใช้ทุนเป็นเวลา.....ปี ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... ถึง  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... ปัจจุบันข้าพเจ้ายังต้องปฏิบัติราชการชดใช้ทุนที่ (ส่วน  
ราชการ).....

4. ข้าพเจ้าได้รับอนุมัติให้เบิกค่าเช่าบ้านเดือนละ.....บาท เพื่อ ( )ชำระค่าเช่าบ้าน  
( )ค่าเช่าซื้อบ้าน

5. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่ง.....

ระดับ.....ส่วนราชการ.....  
เหตุผลในการขอย้าย.....  
และได้แนบหลักฐานประกอบ เหตุผลพร้อมนี้แล้ว จำนวน.....ฉบับ

6. ตามที่ข้าพเจ้าได้ขอย้ายไปดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....

ส่วนราชการ.....หาก  
ปรากฏว่าตำแหน่งที่ข้าพเจ้าจะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรงอยู่ข้าพเจ้า

( ) ยินยอมลดระดับ

( ) ไม่ยินยอมลดระดับ

7. ในการขอย้ายครั้งนี้หากทางราชการอนุญาตให้ย้ายได้ ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย / ใน ( ) ที่ต้องการ)

- 7.1 เงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว ( ) ขอเบิก ( ) ไม่ขอเบิก
- 7.2 เงินค่าพาหนะเดินทาง ( ) ขอเบิก ( ) ไม่ขอเบิก
- 7.3 เงินค่าเบียดเสียด ( ) ขอเบิก ( ) ไม่ขอเบิก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่

ตามที่ (นาย , นาง , นางสาว) .....

ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ขอย้ายไปดำรงตำแหน่งทางจังหวัด..... นั้น ได้พิจารณา

- ( ) ให้เบิกตามรายการที่ระบุใน 7
- ( ) ให้เบิกเฉพาะรายการที่ .....
- ( ) ไม่ให้เบิกทุกรายการที่ระบุใน 7

(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 หรือหัวหน้าหน่วยราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาคที่เทียบได้ ไม่ต่ำกว่านี้ เป็นผู้ให้คำรับรองเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับ ตำแหน่งใหม่ แล้วแต่กรณี