



ที่ อบ ๐๐๓๒/ ว. ๕๗๐๐

ศาลากลางจังหวัดอุบลราชธานี
ถนนแจ้งสนิท อบ ๓๔๐๐๐

๓) พุทธศักราช ๒๕๖๓

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อย้ายมาดำรงตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์) ระดับเชี่ยวชาญ
เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบใบสมัครข้อมูลบุคคล จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาประกาศจังหวัดอุบลราชธานี ลงวันที่ ๒ พุทธศักราช ๒๕๖๓ จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบใบย้าย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย จังหวัดอุบลราชธานี จะดำเนินการคัดเลือกข้าราชการเพื่อย้ายมาดำรงตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์) ระดับเชี่ยวชาญ ตำแหน่งเลขที่ ๗๖๔๙๖ โรงพยาบาลตระการพิรุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นตำแหน่งอัตราว่างเนื่องจากเกษียณอายุราชการ ตามแนวทางการคัดเลือกข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๓๖/ว ๓๑ ลงวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓ โดยจะต้องมีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งที่ ก.พ. กำหนด

จึงเรียนมาเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน หากมีข้าราชการรายใดประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือก ขอให้ยื่นใบสมัคร และกรอกรายละเอียดให้ชัดเจน โดยผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น แล้วส่งถึงกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๓ ชุด ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันที่ ๑๗ พุทธศักราช ๒๕๖๓ โดยวันสิ้นสุดการรับสมัครจะถือตราประทับทางไปรษณีย์เป็นสำคัญ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุชาติ วิฑูรย์)

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร.๐-๔๕๒๔-๒๒๒๕ ต่อ ๑๒๒

หมายเหตุ สามารถ Downland สิ่งที่ส่งมาด้วยที่ <http://ssj๐๑.phoubon.in.th/html/rubsamuk.htm>

(สำเนา)

ประกาศจังหวัดอุบลราชธานี

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อย้ายมาดำรงตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์) ระดับเชี่ยวชาญ

ด้วย จังหวัดอุบลราชธานี จะดำเนินการคัดเลือกข้าราชการเพื่อย้ายมาดำรงตำแหน่ง ระดับเชี่ยวชาญ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้การบริหารจัดการด้านทรัพยากรบุคคลเป็นไป ด้วยความเรียบร้อย และการคัดเลือกเป็นไปตามระบบคุณธรรม ได้ผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ความประพฤติ คุณลักษณะ ที่เหมาะสมกับตำแหน่ง จึงประกาศรับสมัครข้าราชการเพื่อย้ายมาดำรงตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์) ระดับเชี่ยวชาญ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. ตำแหน่งที่รับสมัคร

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์) ระดับเชี่ยวชาญ ตำแหน่งเลขที่ ๗๖๔๙๖
โรงพยาบาลตระการพิรุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๒.๑ มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งที่ ก.พ.กำหนด

๒.๒ ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ หรืองานอื่นที่เกี่ยวข้องตามที่ส่วนราชการเจ้าสังกัดเห็นว่า
เหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบและลักษณะงานที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี

๒.๓ ผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการคัดเลือก (รับย้าย) จะต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนในวันที่ปิด
รับสมัคร คือ ต้องเป็นผู้ที่ดำรงตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ ต้องมีวุฒิปริญญาตรีหรืออนุปริญญาตรี ในสาขาที่ขอรับการ
คัดเลือกหรือสาขาที่เกี่ยวข้อง หรือวุฒิทางการแพทย์ หรือการสาธารณสุขจากต่างประเทศ ที่ ก.พ.รับรอง
ซึ่งเทียบเท่าปริญญาโทขึ้นไป

๒.๔ มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์การย้ายข้าราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. ๒๕๕๔

๓. การรับสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกให้ยื่นใบสมัครและเอกสารต่าง ๆ ตามที่กำหนดโดย
ผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้ตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป
จนถึงวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

๔. เอกสารที่ต้องส่งในการสมัคร

- | | |
|--|-------------|
| ๔.๑ ใบสมัคร | จำนวน ๓ ชุด |
| ๔.๒ ใบขอย้าย | จำนวน ๓ ชุด |
| ๔.๓ หนังสือยืนยันของผู้สมัคร | จำนวน ๓ ชุด |
| ๔.๔ สำเนา ก.พ. ๗ และสำเนาวุฒิการศึกษาต่าง ๆ ที่ระบุในใบสมัคร | จำนวน ๓ ชุด |

๕. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก

๕.๑. การพิจารณาคัดเลือกบุคคลจะพิจารณาจากองค์ประกอบและกำหนดคะแนนในแต่ละ
องค์ประกอบ ดังนี้

(๑) ความรู้ความสามารถและความชำนาญในการปฏิบัติงาน ให้พิจารณาโดยคำนึงถึง คุณวุฒิการศึกษา ความรู้ความสามารถ ทักษะ และความชำนาญในการปฏิบัติงานด้านนั้น ซึ่งอาจพิจารณาจากข้อมูล การประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปีของข้าราชการผู้นั้นในระยะที่ผ่านมา ๒๕ คะแนน

(๒) ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง ให้พิจารณาโดยคำนึงถึงระยะเวลาดำรงตำแหน่งใน สายงานที่จะแต่งตั้ง หรือสายงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือระยะเวลาที่เคยปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องหรือเกี่ยวเนื่องกับตำแหน่ง ที่จะแต่งตั้ง ๑๕ คะแนน

(๓) การปฏิบัติตนเหมาะสมกับการเป็นข้าราชการ ให้พิจารณาโดยคำนึงถึงความ ประพฤติ การรักษาวินัย ความขยันหมั่นเพียร ความอดสาหะการอุทิศเวลาให้กับราชการ ๑๐ คะแนน

(๔) ผลงานหรือผลการปฏิบัติงาน ให้พิจารณาโดยคำนึงถึงคุณภาพของผลงานหรือผล การปฏิบัติงาน ประโยชน์ของผลงานต่อราชการ วงการวิชาการ หรือวิชาชีพ ๒๕ คะแนน

(๕) เกณฑ์อื่น ๆ เช่น ภาวะผู้นำ มนุษย์สัมพันธ์ ความเสียสละ ๒๕ คะแนน

๕.๒ วิธีการคัดเลือก คณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ จะพิจารณาจากใบสมัครผลงาน ประวัติ การรับราชการ ทั้งนี้ อาจใช้วิธีสัมภาษณ์หรือใช้วิธีการอื่นใดเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะแสดงออกถึงความรู้ ความสามารถ และความเหมาะสมของผู้สมัครตามที่ได้ประกาศไว้ในประกาศรับสมัคร ทั้งนี้ ผู้ผ่านการคัดเลือก ต้องได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่า ๖๐ %

๖. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก และกำหนดวัน เวลา สถานที่คัดเลือก

จังหวัดอุบลราชธานี กำหนดจะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก พร้อมกำหนดวัน เวลาและสถานที่คัดเลือก ภายในเดือน พฤศจิกายน ๒๕๖๓

๗. การแต่งตั้ง

คณะกรรมการคัดเลือกฯ จะพิจารณาคัดเลือกผู้ที่เหมาะสมตามหลักเกณฑ์ และวิธีการ คัดเลือกด้วยความเสมอภาค โปร่งใส และยุติธรรม แล้วส่งผลการพิจารณาให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓

ลงชื่อ สฤกษ์ดี วิฑูรย์

(นายสฤกษ์ดี วิฑูรย์)

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี

สำเนาถูกต้อง



(นางเพชร วิงศ์วิศิษฏ์รังสี)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

สุพิชตรา คัด/ทาน

แบบใบสมัครเข้ารับการศึกษาเพื่อย้ายมาดำรงตำแหน่ง
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์) ระดับเชี่ยวชาญ ตำแหน่งเลขที่ ๗๖๔๙๖
โรงพยาบาลตรการพิชผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

-
๑. ชื่อผู้สมัคร.....อายุ.....ปี อายุราชการ.....ปี
วันบรรจุเข้ารับราชการ.....วัน เกษียณอายุ.....
๒. วุฒิการศึกษา (ทั้งในประเทศและต่างประเทศ)
- ๒.๑จากสถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....
๒.๒จากสถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....
๒.๓จากสถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....
๓. ดำรงตำแหน่งปัจจุบัน (ตาม จ.๑๘)
- ส่วนราชการ (กอง/จังหวัด)กรม
- อัตราเงินเดือน ชั้น บาท
- ดำรงตำแหน่งระดับ ชำนาญการ (ระดับ ๗) เมื่อ
- ดำรงตำแหน่งระดับ ชำนาญการพิเศษ (ระดับ ๘) เมื่อ
- ดำรงตำแหน่งระดับ เชี่ยวชาญ (ระดับ ๙) เมื่อ
- ดำรงตำแหน่งอื่นที่ได้รับมอบหมายและเคยได้รับมอบหมาย
- ๓.๑.....
๓.๒.....
๔. ผลงานที่สำคัญที่ได้เคยปฏิบัติ
- ๔.๑.....
๔.๒.....
๕. เคยได้รับการพิจารณาความดีความชอบ กรณีพิเศษ ๒ ชั้น จำนวน.....ครั้ง ปีงบประมาณ.....
กรณีพิเศษ ๑.๕ ชั้น จำนวน.....ครั้ง ปีงบประมาณ.....
๖. การฝึกอบรม/ดูงาน
- ๖.๑ การฝึกอบรม (โปรดแนบหลักฐาน)
- ๑) หลักสูตร.....ตั้งแต่.....
๒) หลักสูตร.....ตั้งแต่.....
๓) หลักสูตร.....ตั้งแต่.....
- ๖.๒ การดูงาน
- ๑)ตั้งแต่.....
๒)ตั้งแต่.....
๓)ตั้งแต่.....
๗. วิสัยทัศน์/ความคาดหวัง.....
.....
.....

๘. บทบาทที่สำคัญในงานระดับต่าง ๆ (ตั้งแต่เมื่อใด ให้ระบุที่สำคัญ)

.....
.....

๙. แผนงาน/โครงการที่จะดำเนินการเมื่อดำรงตำแหน่งที่สมัครในอนาคต

.....
.....
.....

๑๐. บุคคลอ้างอิง จำนวน ๓ ท่าน

๑๐.๑.ตำแหน่ง.....
๑๐.๒.ตำแหน่ง.....
๑๐.๓.ตำแหน่ง.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการหากตรวจสอบ
ภายหลังแล้วพบว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการ
พิจารณาคัดเลือกจะถือเป็นโมฆะ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑๑. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ กรุณาแนบสำเนาภพ.๗ และสำเนาวุฒิการศึกษาต่าง ๆ ที่ระบุมาพร้อมใบสมัคร

หนังสือยืนยันของผู้สมัครตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล(นายแพทย์)เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรม หรือด้านสาธารณสุข
หรือด้านเวชกรรมป้องกัน)

ข้าพเจ้าตำแหน่ง.....
..... ตำแหน่งเลขที่.....สังกัด.....
..... เป็นผู้สมัครรับการ
คัดเลือกตำแหน่ง(ด้าน)..... ตำแหน่งเลขที่.....
สังกัด.....

ขอยืนยันว่าหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าจะปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งดังกล่าวข้างต้น ให้เต็มความรู้
ความสามารถ ด้วยความวิริยะ อุตสาหะ

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ใบขอย้าย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน

1. ข้าพเจ้า.....วุฒิ.....

ใบอนุญาต วุฒิบัตร.....

2. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง ระดับ.....

ตำแหน่งเลขที่..... ส่วนราชการ

ดำรงตำแหน่งเมื่อวันที่เดือนพ.ศ..... อัตราเงินเดือนปัจจุบันบาท

ปฏิบัติราชการจริงที่.....

ตั้งแต่วันที่เดือนพ.ศ.....

ขณะนี้

อยู่ในระหว่างการลาศึกษา / ฝึกอบรม / หรือดูงาน หลักสูตร

ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ไม่อยู่ในระหว่างการลาศึกษา / ฝึกอบรม / ดูงาน

อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานชดใช้ทุนหลักสูตร.....

ต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุน ปี ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ถึงวันที่ เดือน..... พ.ศ.....

ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

3. ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่ง ระดับ.....

ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอย้าย

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลพร้อมนี้แล้วจำนวน ฉบับ

4. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอย้าย เป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรง

ตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

ยินยอมลดระดับ

ไม่ยินยอมลดระดับ

5. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย

มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

อยู่ในระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอให้นำผลประเมินวิชาการ
ที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

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.....

มีความประสงค์ขอย้ายไปดำรงตำแหน่งทางจังหวัด..... นั้น ได้พิจารณา

- ให้เบิกตามรายการที่ระบุใน 6
- ให้เบิกเฉพาะรายการที่
- ไม่ให้เบิกทุกรายการที่ระบุใน 6

(ลงชื่อ).....
(.....)
...../...../.....

หมายเหตุ

1. กรณีขอย้ายติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งย้ายหรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส
2. กรณีขอย้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม
3. กรณีขอย้ายเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดามารดา และกรณีที่บิดา มารดา อายุต่ำกว่า 65 ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองจากแพทย์ด้วย
4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการกอง หรือหัวหน้าหน่วยราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้เป็นผู้ให้ คำรับรองเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่ แล้วแต่กรณี

บันทึกประกอบการขอย้าย / โอน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ส่วนราชการ.....

มีความประสงค์จะขอย้าย / โอน ไปรับราชการที่

- ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
แต่ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย / โอน
- ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอนไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่
- ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน
- ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่าง
ประเมินผลงานทางวิชาการ
- ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอนำผลประเมินวิชาการที่
ส่วนราชการเดิมขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

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

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานการเจ้าหน้าที่
วันที่.....