



ที่ มค ๐๐๓๓.๐๑๒/ ว ๖๗๖

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ถนนเลี่ยงเมืองมหาสารคาม - ร้อยเอ็ด
มค ๔๕๐๐

๗ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง รับสมัครด้วยข้อความการเพื่อย้ายแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล(นายแพทย์เชี่ยวชาญ)
โรงพยาบาลบربือ และโรงพยาบาลปีปุ่ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทุกแห่ง

- | | | |
|------------------|--------------------------------------|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. ใบขอย้าย | จำนวน ๑ ชุด |
| | ๒. หนังสือยินยอมของหน่วยงานต้นสังกัด | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๓. ใบสมัครแสดงวิสัยทัศน์ | จำนวน ๑ ชุด |

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีความประสงค์รับย้ายข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๒ ตำแหน่ง ดังนี้

๑. ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล(นายแพทย์เชี่ยวชาญ) (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ตำแหน่งเลขที่ ๕๗๗๔ โรงพยาบาลบربือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
๒. ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล(นายแพทย์เชี่ยวชาญ) (ด้านเวชกรรม) ตำแหน่งเลขที่ ๕๗๗๔ โรงพยาบาลปีปุ่ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

โดยผู้ที่จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อย้ายแต่งตั้งในตำแหน่งดังกล่าว สามารถยื่นใบสมัครและใบขอย้ายผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับ ส่งถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยถือวันลงรับหนังสือของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามเป็นสำคัญ โดยรับสมัครในระหว่างวันที่ ๓ - ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ ในวันเวลา的工作 ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มตาม QR Code ตามหนังสือนี้

จึงเรียนมาทราบและดำเนินการต่อไป

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

(✓) เพื่อโปรดทราบ
(✓) เพื่อไปรับพิจารณา

เจ้าหน้าที่งานธุรการชำนาญงาน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร ๐ ๕๗๗๗ ๗๘๗๒ ต่อ ๑๖๕
โทรสาร ๐ ๕๗๗๗ ๗๘๗๐

<https://moph.cc/gbaycGwW0> (ทางลิงค์ ซึ่งจะต้อง)
บันทึกแพทย์บุคคลชำนาญงาน



ขอแสดงความนับถือ

(นายสมชาย ใจดี ปิยวัชร์เวลา)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

<input type="checkbox"/> อุบัติ/อนุญาต
<input type="checkbox"/> ขอ
<input type="checkbox"/> ลงนาม
<input type="checkbox"/> ลงนาม
<input type="checkbox"/> มอบ
<input type="checkbox"/> ทราบ

(นายสมชาย เมืองชื่น)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ(ด้านเวชกรรม)
ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน
รักษาระบบงานพนัมพยาบาลศูนย์สุขจังหวัดมหาสารคาม
- ป.ส.อ. ๒๕๖๖

แบบแสดงความจำนงเข้ารับการประเมินบุคคลเพื่อย้ายแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล(นายแพทย์)
ประเภทวิชาการ ระดับเชี่ยวชาญ
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๑. ตำแหน่งและส่วนราชการที่ขอสมัครเข้ารับการคัดเลือก

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล(นายแพทย์) ตำแหน่งเลขที่
โรงพยาบาล..... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล(นายแพทย์) ตำแหน่งเลขที่
โรงพยาบาล..... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๒. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ..... สกุล

วัน เดือน ปี เกิด..... อายุตัว..... ปี อายุราชการ..... ปี

วันเกณฑ์อายุ..... ภูมิลำเนา.....

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง

ประเภท..... ระดับ.....

ส่วนราชการ.....

โทรศัพท์.....

ตั้งแต่..... ยัตราชั่วโมงปัจจุบัน

บาท

๓. การดำรงตำแหน่ง

ดำรงตำแหน่งระดับเชี่ยวชาญ ตั้งแต่.....

ตำแหน่งอื่นที่ได้รับมอบหมาย และเคยได้รับมอบหมาย.....

.....

.....

๔. ประวัติการถูกกล่าวหาร้องเรียนหรือถูกกลงโทษทางวินัยหรืออาญา เว้นแต่กรณีจะทำโดยประมาท
หรือลหุโทษที่ไม่ได้ทำให้ราชการได้รับความเสียหายอย่างร้ายแรง

๔.๑ เคยถูกกล่าวหาร้องเรียนทางวินัยหรือไม่

- ไม่เคย
- เคย

๔.๒ เคยถูกกลงโทษทางวินัยหรือไม่

- ไม่เคย
- เคย

๔.๓ เคยถูกกล่าวหาร้องเรียนทางอาญาหรือไม่

- ไม่เคย
- เคย

๔.๔ เคยถูกกล่าวหาร้องเรียนทางอาญาหรือไม่

- ไม่เคย

เคย์

၆/ ၄.၄

- 6 -

๔.๕ เศยฐุกลงโทษทางอาญาหรือไม่

- ไม่เคย

เคย

๕. วุฒิการศึกษา (ประดับแบบหลักฐาน) (นอกเหนือจากวุฒิปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต)

- ปริญญาตรี..... สาขา

สถาบัน..... เมือง พ.ศ.....

ปริญญาโท..... สาขา

สถาบัน..... เมือง พ.ศ.....

ปริญญาเอก..... สาขา

สถาบัน..... เมือง พ.ศ.....

หนังสืออนุมัติ/วุฒิบัตร

๑.

๒.

๓.

๖. วิสัยทัศน์/ความคาดหวัง

๗. แนวทางการดำเนินการและการแก้ปัญหา

๔. แผนงาน/โครงการที่จะดำเนินการเมื่อต้องดำเนินการที่สมัครในอนาคต (ภายใน ๓ ปี)

๙. บุคคลอ้างอิง (Recommender) จำนวน ๓ ท่าน

ชื่อ..... ตำแหน่ง.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....
โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าว เป็นเท็จหรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมดสิทธิ์ได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้ว จะถือเป็นโมฆะ

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

๒. ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

๓.๑ ประชาระบุ.....

.....

๑๒.๒ ขอรับรองว่าผู้ครองทำแท่นเป็นผู้ปฏิบัติตามประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือน ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๔๒ (ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๓๓.๗/ว ๓๒ ลงวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๔๒) มีความเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง หากข้อข้องใจข้างต้นมีการเปลี่ยนแปลงประการใด จะแจ้งให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทราบโดยพลัน

ลงชื่อ..... ผู้บังคับบัญชา
(.....)

๔/ สถานที่ติดต่อ

- ๔ -

สถานที่ติดต่อ

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
โทรสาร..... E – mail