

hh



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
รับเลขที่ 11249
รับที่ 2.2 พ.ย. 2567
เวลา

ที่ กส ๐๐๓๓.๒/พ๐๑๙

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
ถนนกาฬสินธุ์ ๔๖๐๐๐

๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

เรื่อง รับย้าย/รับโอน ข้าราชการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ทุกแห่ง
และหัวหน้าส่วนราชการทุกส่วนราชการ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. ใบขอย้าย/ใบขอโอน จำนวน ๑ ชุด

ด้วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีความประสงค์จะรับย้าย/รับโอน ข้าราชการพลเรือนสามัญไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ ประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน/ชำนาญงาน ตำแหน่งเลขที่ ๗๐๘๘๒ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รายละเอียดตามประกาศโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สามารถดาวน์โหลดได้ที่ www.klsh.moph.go.th หัวข้อ “ข่าวบุคลากร สมัครสอบ” หากผู้ใดประสงค์ขอ ย้าย/โอน ไปแต่งตั้งดำรงตำแหน่งดังกล่าวขอให้ยื่นใบขอย้าย/ใบขอโอน ผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับ ส่งถึง กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป จนถึงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๗ ในวัน และเวลาราชการ โดยจะถือวันที่ลงรับหนังสือของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นสำคัญ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดทราบ
ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา
(✓) เพื่อโปรดทราบ
(✓) เพื่อโปรดพิจารณา
- รศ. ทพ.สินธุ์ รับย้าย/รับโอน ข้าราชการ
- อ.รศ.ทพ.นพ. ๓๓. วิชาเวชศาสตร์การแพทย์
- พ.ญ.ดร.พรพรรณ วิชาเวชศาสตร์การแพทย์ website
๑๑. พ.ย. ๒๕๖๗

ขอแสดงความนับถือ

๑๑

(นางจารุพรรณ มโนสิทธิศักดิ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

☒อนุมัติ/อนุญาต
☐ชอบ
☐ลงนัด
☐ลงนาม
☐มอบ
☐ทราบ

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
โทร. ๐๔๓-๘๑๐๒๔๔ ต่อ ๑๔๔๕
โทรสาร. ๐๔๕-๘๑๒๙๖๒
ผู้รับผิดชอบ : นางสาวสุกัญญา ภูเลื่อน

๓๗.
(นางรัชมี ชิตะละ)
นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ
27 พ.ย. 2567

(นายเอกชัย คำสีอ)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา
27 พ.ย. 2567



ประกาศโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
เรื่อง รับสมัครเพื่อรับย้าย/รับโอน ข้าราชการพลเรือนสามัญไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งเจ้าพนักงาน
วิทยาศาสตร์การแพทย์ ประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน/ชำนาญงาน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ด้วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีความประสงค์จะ
ดำเนินการคัดเลือกเพื่อรับย้าย/รับโอน ข้าราชการพลเรือนสามัญ ไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งเจ้าพนักงาน
วิทยาศาสตร์การแพทย์ ประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน/ชำนาญงาน กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก
กลุ่มภารกิจด้านบริการหัตถุภูมิและตติภูมิ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

๑. ตำแหน่งที่รับสมัคร

- ๑.๑ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ ระดับปฏิบัติงาน/ชำนาญงาน ตำแหน่งเลขที่ ๗๐๘๘๒
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

๒. คุณสมบัติที่รับสมัคร

- ๒.๑ มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งเจ้าพนักงาน
วิทยาศาสตร์การแพทย์
๒.๒ ดำรงตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน/ชำนาญงาน
๒.๒ ไม่อยู่ระหว่างถูกกล่าวหาหรือร้องเรียน หรือถูกลงโทษหรือเคยถูกทางวินัยหรือทางอาญา
หรืออยู่ระหว่างการถูกสอบสวนทางวินัย

๓. เอกสารที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร

- ๓.๑ แบบแสดงความประสงค์ขอย้าย/ขอโอน พร้อมลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน
๓.๒ คำรับรองของผู้บังคับบัญชายินยอมให้ข้าราชการในสังกัดย้าย
๓.๓ รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด ๑ x ๑.๕ นิ้ว จำนวน ๑ รูป
๓.๔ สำเนาทะเบียนประวัติการรับราชการ (กพ.๗) จำนวน ๑ ฉบับ
๓.๕ สำเนาวุฒิการศึกษา หรือระเบียบแสดงผลการศึกษา (Transcript) จำนวน ๑ ฉบับ
๓.๖ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ จำนวน ๑ ฉบับ
๓.๗ เอกสารอื่น (ถ้ามี) เช่น หนังสือเปลี่ยนชื่อตัว - ชื่อสกุล เป็นต้น

๔. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร

ให้ผู้มีสิทธิ์สมัครขอย้ายยื่นแบบแสดงความประสงค์ขอย้าย พร้อมเอกสาร ดังนี้

- ๔.๑ การสมัครด้วยตนเอง ยื่นได้ที่กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
ตึกอำนวยการหลังใหม่ ชั้น ๓ ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๗ ในวันและเวลาราชการ
(๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.)

- ๔.๒ การสมัครทางไปรษณีย์ให้ส่งไปรษณีย์ EMS ไปยังกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาล
กาฬสินธุ์ เลขที่ ๒๘๓ ถนนกาฬสินธุ์ ตำบลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ๔๖๐๐๐ ตั้งแต่ บัดนี้เป็นต้นไป
จนถึงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๗ เอกสารที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้รับหลังวันปิดรับสมัครจะไม่รับพิจารณา

๕. วิธีการคัดเลือก

- สัมภาษณ์ โดยคณะกรรมการของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
- สำหรับวัน เวลา และสถานที่สัมภาษณ์จะแจ้งให้ทราบภายหลัง

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓

q.w

(นางจรรพวรรณ มโนสิทธิศักดิ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ใบขอย้าย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดกาฬสินธุ์

1. ข้าพเจ้า.....วุฒิ.....

ใบอนุญาต.....วุฒิบัตร.....

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

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

ดำรงตำแหน่งเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....บาท

ปฏิบัติราชการจริงที่.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ขณะนี้

☐ อยู่ในช่วงการลาศึกษา / ฝึกอบรม / หรือดูงาน หลักสูตร

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

☐ ไม่อยู่ในช่วงการลาศึกษา / ฝึกอบรม / ดูงาน

☐ อยู่ในช่วงปฏิบัติงานขอใช้ทุนหลักสูตร.....

ต้องปฏิบัติงานขอใช้ทุน.....ปี ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

☐ ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

3. ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่ง.....ระดับ.....

ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอย้าย.....

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลพร้อมนี้แล้วจำนวน.....ฉบับ

4. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอย้าย เป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรงตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

☐ ยินยอมลดระดับ

☐ ไม่ยินยอมลดระดับ

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

☐ ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย

☐ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ อยู่ในช่วงประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอเสนอผลการประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

/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.....

มีความประสงค์ขอย้ายไปดำรงตำแหน่งทางจังหวัด..... 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

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่โดยขอให้นำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิม
ขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย / โอน

วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานการเจ้าหน้าที่

วันที่.....

๖. ☐ ไม่เคยผ่านการประเมินบุคคลและผลงานมาก่อน

☐ เคยผ่านการประเมินบุคคลและผลงาน

โดยวิธีการ ☐ สอบหรือประเมินตาม ว ๓๔/๔๗ ในตำแหน่ง

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยวิธีการ ☐ สอบหรือประเมินตาม ว ๑๖/๑๘ หรือ ว ๑๐/๔๘ ในตำแหน่ง

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๗. ประวัติการรับราชการ (จากเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบันแสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้น แต่ละระดับและการเปลี่ยนแปลงในการดำรงตำแหน่งในสายงานต่างๆ)

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	อัตราเงินเดือน	สังกัด

๘. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน

ปี พ.ศ.	ระยะเวลา	หลักสูตร	สถาบัน

๙. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งปัจจุบัน

๙.๑.....

๙.๒.....

๙.๓.....

๑๐. หากตำแหน่งที่ใช้รับโอนข้าพเจ้าเป็นตำแหน่งที่มีอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่ในปัจจุบัน ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับเงินเดือนขั้นที่มีอยู่ของตำแหน่งที่จะรับโอนไป ก่อนจนกว่าจะสั่งพอกอัตราให้

๑๑. กรณีที่ ก.พ. อนุมัติให้รับโอนในระดับและอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ได้รับอยู่เดิม ข้าพเจ้า

☐ ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ

☐ ไม่ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ

๑๒. ข้าพเจ้า...

๑๓. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่.....

☐ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอน

☐ ไม่ประสงค์จะรอลื่อนระดับก่อนโอน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอโอน

(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าตำแหน่ง.....

ระดับ.....(ส่วนราชการ).....

เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า

เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ มีความสนใจ และอดุสาหะ
ในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

หมายเหตุ ๑. กรณีขอโอนติดตามคู่สมรส ให้แนบหลักฐานที่แสดงว่าคู่สมรสมีภูมิลำเนา หรือปฏิบัติงานอยู่ใน
จังหวัดที่ขอโอนไป

๒. กรณีขอโอนกลับภูมิลำเนาเดิม ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม

๓. กรณีขอโอนเพื่อดูแลบิดา มารดา หรือ บุตร ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา หรือบุตร
และใบรับรองแพทย์ ในกรณีที่บิดา มารดา หรือ มีโรคประจำตัว

๔. กรณีขอโอนตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ให้แนบสำเนาใบประกอบวิชาชีพ