

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ..... ๒๒๑๑
วันที่..... ๒๘ มี.ค. ๖๖
เวลา.....



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
เลขที่รับ..... ๒๓๑๑
วันที่..... ๒๗ มี.ค. ๖๖

ที่ ขน ๐๐๓๓.๒๐๑/ว. ๓๕

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
๑๙๙ ถ.พหลโยธิน ต.บ้านกล้วย
อ.เมืองชัยนาท จ.ชัยนาท ๑๗๐๐๐

๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๖

เรื่อง รัยย้าย/รับโอนข้าราชการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง

ด้วยโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท มีความประสงค์ รัยย้าย/รับโอนข้าราชการ เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ ประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน/ชำนาญงาน ตำแหน่งเลขที่ ๑๖๒๕๐ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท จำนวน ๑ อัตรา

ในการนี้ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จึงมีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้ ข้าราชการในสังกัดทราบ หากมีผู้ประสงค์เข้ารับการคัดเลือกเพื่อดำรงตำแหน่งดังกล่าว ขอให้ส่งใบขอย้าย/ขอโอน พร้อมเอกสารต่าง ๆ โดยผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น และให้ผู้สมัครยื่นใบสมัครได้ด้วยตนเอง หรือส่งทางไปรษณีย์ พร้อมทั้งหนังสือนำส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร โดยจะถือวันและเวลาลงรับหนังสือ ที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรเป็นสำคัญ กำหนดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ในวันและเวลาราชการ สำหรับเอกสารประกอบการรัยย้าย/รับโอน มีดังนี้

- ใบขอย้าย/ขอโอน
- สำเนาทะเบียนประวัติการรับราชการ (ก.พ.๗) ที่เป็นปัจจุบัน จำนวน ๑ ชุด
- สำเนาวุฒิการศึกษา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ จำนวน ๑ ฉบับ
- เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น หนังสือเปลี่ยนชื่อ - สกุล เป็นต้น จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน

เรียน นท.จสจ.มค

- เพื่อบริการ
- รพ.มหาสารคามเขต กิ่งอำเภอ/รับโอนจากมทท
- เพื่อบริการ มค. กิ่งอำเภอ/รับโอน

๒๗ มิ.ย. ๖๖
๒๕๖๖

ใบขอย้าย/ขอโอน



กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
โทร. ๐ ๕๖๔๑ ๑๐๕๕ ต่อ ๑๔๑๔
โทรสาร. ๐ ๕๖๔๑ ๑๐๗๑

ขอแสดงความนับถือ

(นางอังคณา อูปพงษ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
ทราบ

ดำเนินการตามเสนอ

(นายวิวัฒน์ ศรีวัฒนา)

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)
ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม