



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โทร. ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๒ ต่อ ๑๖๕

ที่ มค ๐๐๓๓.๐๑๒/ว ๓๓๘๓ วันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อย้ายแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ(นักวิชาการสาธารณสุข) ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ในสังกัดจังหวัดมหาสารคาม

เรียน นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรมป้องกัน
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ส่งเสริมพัฒนา
ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านทันตสาธารณสุข
เภสัชกรเชี่ยวชาญ ด้านเภสัชสาธารณสุข
ร.น.นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านบริการทางวิชาการ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง
หัวหน้ากลุ่มงาน สสจ.มหาสารคาม

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีความประสงค์รับย้ายข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ว่างลง ในตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ(นักวิชาการสาธารณสุข) ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ในสังกัดจังหวัดมหาสารคาม จำนวน ๓ ตำแหน่ง ดังนี้

- ๑) ตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ) ตำแหน่งเลขที่ ๕๗๔๕๔ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
- ๒) ตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ) ตำแหน่งเลขที่ ๕๘๒๑๙ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
- ๓) ตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ) ตำแหน่งเลขที่ ๑๓๑๕๑๙ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

โดยผู้ที่จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อย้ายแต่งตั้งในตำแหน่งดังกล่าว ต้องดำรงตำแหน่งสายงานนักวิชาการสาธารณสุข ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ หรือเทียบเท่าได้ไม่ต่ำกว่านี้ สามารถยื่นใบขอย้ายผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับ ส่งถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยถือวันลงรับหนังสือของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามเป็นสำคัญ โดยรับสมัครในระหว่าง วันที่ ๗ - ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๗ รายละเอียดดู QR Code ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาทราบและดำเนินการต่อไป

(นายพิทักษ์พงศ์ พายูทะ)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ที่ มค ๐๐๓๓.๐๑๒/๐ ๑๕๖๐๐



ศาลากลางจังหวัดมหาสารคาม
ถนนเลี้ยวเมืองมหาสารคาม - ร้อยเอ็ด
มค ๔๔๐๐๐

๗ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อย้ายแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ(นักวิชาการสาธารณสุข)
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ในสังกัดจังหวัดมหาสารคาม

เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ

ด้วยจังหวัดมหาสารคาม มีความประสงค์รับย้ายข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ว่างลง
ในตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ(นักวิชาการสาธารณสุข) ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ในสังกัดจังหวัด
มหาสารคาม จำนวน ๓ ตำแหน่ง ดังนี้

- ๑) ตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ) ตำแหน่งเลขที่ ๕๗๔๕๕
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
- ๒) ตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ) ตำแหน่งเลขที่ ๕๘๒๑๙
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
- ๓) ตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ) ตำแหน่งเลขที่ ๑๓๑๕๑๙
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

โดยผู้ที่จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อย้ายแต่งตั้งในตำแหน่งดังกล่าว ต้องดำรงตำแหน่งสายงาน
นักวิชาการสาธารณสุข ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ หรือเทียบเท่าได้ไม่ต่ำกว่านี้ สามารถยื่นใบขอย้าย
ผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับ ส่งถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยถือวันลงรับหนังสือของสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามเป็นสำคัญ โดยรับสมัครในระหว่าง วันที่ ๗ - ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๗ รายละเอียด
ตั้ง QR Code ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิทักษ์พงษ์ พายุหะ)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๒ ต่อ ๑๖๕
โทรสาร ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๐

แบบใบสมัครเข้ารับการศึกษาเพื่อย้ายแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

รูปถ่าย

ตำแหน่งเลขที่

ส่วนราชการ

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ สกุล

วัน เดือน ปี เกิด อายุตัว ปี อายุราชการ ปี

วันเกษียณอายุ

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง ระดับ

ส่วนราชการ

ตั้งแต่ อัตราเงินเดือน บาท

โทรศัพท์ e-mail

๒. การดำรงตำแหน่ง

ดำรงตำแหน่ง ระดับชำนาญการพิเศษ

ตั้งแต่

๓. ความผิดทางวินัย เป็นผู้อยู่ระหว่าง

ถูกสอบสวน เมื่อ

ถูกลงโทษ เมื่อ

ไม่มี

๔. วุฒิการศึกษา (โปรดแนบหลักฐาน)

ปริญญาอนุปริญญาตรี สาขา

สถาบัน ปี พ.ศ.

ปริญญา สาขา

สถาบัน ปี พ.ศ.

ปริญญา สาขา

สถาบัน ปี พ.ศ.

๕. สมัครดำรงตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ) ตำแหน่งเลขที่.....

ส่วนราชการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จ หรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมดสิทธิได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือว่าเป็นโมฆะ

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอรับการคัดเลือก

(.....)

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

๗. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

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

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

สถานที่ติดต่อ

บ้านเลขที่

บ้าน..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร..... e-mail

ใบขอย้าย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน

1. ข้าพเจ้า.....วุฒิ.....

ใบอนุญาต วุฒิบัตร.....

2. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง ระดับ.....

ตำแหน่งเลขที่..... ส่วนราชการ

ดำรงตำแหน่งเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. อัตราเงินเดือนปัจจุบันบาท

ปฏิบัติราชการจริงที่.....

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.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 ตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรง

ตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

 ยินยอมลดระดับ ไม่ยินยอมลดระดับ

5. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

 ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน อยู่ในระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอนำผลประเมินวิชาการ
ที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

6. ในการขอย้ายครั้งนี้หากทางราชการอนุญาตให้ย้ายได้ ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย / ใน ที่ต้องการ)
- 6.1 เงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว ขอเบิก ไม่ขอเบิก
- 6.2 เงินค่าพาหนะเดินทาง ขอเบิก ไม่ขอเบิก
- 6.3 เงินค่าเบียดเบียน 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.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อน โอนไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่าง ประเมินผลงาน
ทางวิชาการ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ **โดยขอ นำ ผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิม
ขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่**

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย / โอน

วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานการเจ้าหน้าที่

วันที่.....