



ที่ มค ๐๐๓๓.๐๑๒/ว ๑๗๗๒๙๓

ศาลากลางจังหวัดมหาสารคาม
ถนนเลี้ยวเมืองมหาสารคาม - ร้อยเอ็ด
มค ๔๔๐๐๐

๕ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง การขอย้ายภายในจังหวัด

เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบใบขอย้าย

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยจังหวัดมหาสารคาม จะดำเนินการย้ายข้าราชการและลูกจ้างประจำ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ในรอบที่ ๑ ตามหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการเกี่ยวกับการย้าย การโอน การปฏิบัติราชการและการยืมตัวข้าราชการ ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๕๔ ซึ่งกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่จะขอย้าย ดังนี้

- ๑.กรณีไม่มีสัญญาผูกพันชดใช้ทุน ต้องปฏิบัติงานในส่วนราชการเดิมไม่น้อยกว่า ๑ ปี
- ๒.กรณีมีสัญญาผูกพันชดใช้ทุน ต้องปฏิบัติงานในส่วนราชการเดิมไม่น้อยกว่า ๑ ใน ๓ ของเวลาที่จะต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุนตามสัญญา
- ๓.กรณีได้รับการแต่งตั้งไปดำรงตำแหน่งทางส่วนราชการใหม่ ต้องปฏิบัติงานในส่วนราชการแห่งนั้น ไม่น้อยกว่า ๑ ปี
- ๔.กำหนดการออกคำสั่งย้ายภายในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

จังหวัดมหาสารคาม จึงขอให้หน่วยงานแจ้งข้าราชการ ลูกจ้างประจำในสังกัดที่มีความประสงค์จะขอย้ายภายในจังหวัด ให้ยื่นเรื่องขอย้ายผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับ ส่งถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายในวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ โดยถือวันประทับตราที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามเป็นสำคัญ หากยื่นเรื่องล่าช้ากว่าวันที่กำหนดให้ชี้แจงเหตุผลประกอบมาพร้อมด้วย ทั้งนี้ ให้พิจารณาการขอย้ายอย่างรอบคอบโดยให้คำนึงผลกระทบต่อการทำงานของราชการ อัตรากำลังที่มีอยู่ให้เพียงพอต่อการบริการประชาชนที่มารับบริการเป็นหลัก รวมทั้งไม่เกินกรอบอัตรากำลังขั้นต่ำ รายละเอียดและแบบใบขอย้ายสามารถ Download ทางเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่ <http://mkho.moph.go.th/> หัวข้อ โอนย้าย/รับสมัคร/สมัครงาน หัวข้อย่อย การย้ายภายในจังหวัดรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๗

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๒ ต่อ ๑๖๕

โทรสาร ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๐

(นายสมชายโชติ ปิยวัชรเวส)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โทร ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๒ ต่อ ๑๖๕

ที่ มค ๐๐๓๓.๐๑๒/ว ๒๗๗๗

วันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง การย้ายภายในจังหวัด

เรียน นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านส่งเสริมพัฒนา)
ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านทันตสาธารณสุข)
เภสัชกรเชี่ยวชาญ(ด้านเภสัชสาธารณสุข)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง
หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน ใน สสจ.มหาสารคาม

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จะดำเนินการย้ายข้าราชการและลูกจ้างประจำในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ในรอบที่ ๑ ตามหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการเกี่ยวกับการย้าย การโอน การปฏิบัติราชการและการยืมตัวข้าราชการ ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๕๔ ซึ่งกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่จะขอย้าย ดังนี้

- ๑.กรณีไม่มีสัญญาผูกพันชดใช้ทุน ต้องปฏิบัติงานในส่วนราชการเดิมไม่น้อยกว่า ๑ ปี
- ๒.กรณีมีสัญญาผูกพันชดใช้ทุน ต้องปฏิบัติงานในส่วนราชการเดิมไม่น้อยกว่า ๑ ใน ๓ ของเวลาที่จะต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุนตามสัญญา
- ๓.กรณีได้รับการแต่งตั้งไปดำรงตำแหน่งทางส่วนราชการใหม่ ต้องปฏิบัติงานในส่วนราชการแห่งนั้น ไม่น้อยกว่า ๑ ปี
- ๔.กำหนดการออกคำสั่งย้ายภายในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

จังหวัดมหาสารคาม จึงขอให้หน่วยงานแจ้งข้าราชการ ลูกจ้างประจำในสังกัดที่มีความประสงค์จะขอย้ายภายในจังหวัด ให้ยื่นเรื่องขอย้ายผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับ ส่งถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายในวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ โดยถือวันประทับตราที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามเป็นสำคัญ หากยื่นเรื่องล่าช้ากว่าวันที่กำหนดให้ชี้แจงเหตุผลประกอบมาพร้อมด้วย ทั้งนี้ ให้พิจารณาการขอย้ายอย่างรอบคอบโดยให้คำนึงผลกระทบต่อหน่วยงานราชการ อัตรากำลังที่มีอยู่ให้เพียงพอต่อการบริการประชาชนที่มารับบริการเป็นหลัก รวมทั้งไม่เกินกรอบอัตรากำลังขั้นต่ำ รายละเอียดและแบบใบขอย้ายสามารถ Download ทางเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่ <http://mkho.moph.go.th/> หัวข้อ โอนย้าย/รับสมัคร/สมัครงาน หัวข้อย่อย การย้ายภายในจังหวัดรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๗

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

(นายวัฒน์นะ ศรีวัฒนา)

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)

ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

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

อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานขอใช้ทุนหลักสูตร.....

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

ถึงวันที่ เดือน..... พ.ศ.

ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

3. ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่ง ระดับ.....

ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอย้าย

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลพร้อมนี้แล้วจำนวน

4. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรง

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 ขอเบิก ไม่ขอเบิก
6.2 เงินค่าพาหนะเดินทาง ขอเบิก ไม่ขอเบิก
6.3 เงินค่าเบี้ยเลี้ยง ขอเบิก ไม่ขอเบิก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอย้าย
(.....)

คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่

ตามที่ (นาย , นาง , นางสาว)
ตำแหน่ง.....มี
ความประสงค์ขอย้ายไปดำรงตำแหน่งทางจังหวัด..... 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

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่**โดยขอแสดงผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิม
ขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่**

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย / โอน

วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานเจ้าหน้าที่

วันที่.....