โรงพยาบาลชุมแพ
เลขรับ: 6200
วันที่รับ: 2/7/2569
เวลารับ: 16:04

ที่ อย ๐๐๓๓.๒๐๑.๒/ใส๗๑๕

โรงพยาบาลเสนา
๕๑ หมู่ ๑ ถนนสุขาภิบาลเจ้าเจ็ด
อำเภอเสนา อย ๑๓๑๑๐

๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๙

เรื่อง รับย้ายข้าราชการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง

ด้วย โรงพยาบาลเสนา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีความประสงค์รับย้ายข้าราชการพลเรือนสามัญ จำนวน ๑ ตำแหน่ง คือ ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป ประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๐๕๑๖ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลเสนา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ในการนี้ จึงขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกัน หากมีข้าราชการประสงค์ขอย้ายไปดำรงตำแหน่งดังกล่าว ขอให้ยื่นใบขอย้าย แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล เอกสารประกอบการพิจารณาขอนับระยะเวลาเกื้อกูลฯ (ถ้ามี) พร้อมแนบสำเนา ก.พ.๗ สำเนาวุฒิการศึกษา สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน และเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (ผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น) ตั้งแต่วันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๙ ในวันและเวลาราชการ (ช่วงเช้าเวลา ๐๘.๓๐ – ๑๒.๐๐ น. และช่วงบ่ายเวลา ๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.) ณ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ชั้น ๒ ตึกอำนวยการ โรงพยาบาลเสนา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา หรือส่งเอกสารการสมัครถึงโรงพยาบาลเสนา โดยจะถือวันและเวลาที่ลงรับหนังสือในระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลเสนาเป็นสำคัญ หากพ้นกำหนดนี้ถือว่าหมดเขตรับสมัคร ทั้งนี้ สามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์ http://senahosp.moph.go.th/

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายธัชชัย บำรุงสงฆ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา

☐ ทราบ ☐ ลงนาม
- เห็นควรแจ้ง
☐ รอง ผอ.ฝ่ายการแพทย์
☐ รอง ผอ.ด้านปฐมภูมิ
☐ รอง ผอ.ด้าน พรส.
☑ รอง ผอ.ฝ่ายบริหาร
☐ รอง ผอ.ฝ่ายการพยาบาล
☐ รอง ผอ.ด้านสุขภาพดิจิทัล
☐ ผช.ผอ.ด้าน.....
.....
.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ
เพื่อโปรดทราบและพิจารณา
-รพ.เสนา ประชาสัมพันธ์รับย้ายข้าราชการ
-เห็นควรแจ้งกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ดำเนินการต่อไป

(นางสาวเกสรา โนนหิง)
เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
๓. ชาสิพย. ๒๕๖๙

(นายสรวิศ ม่วงมิตร)
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
๙ ก.ค. ๒๕๖๙
กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
โทร ๐ ๓๕๓๕ ๒๓๘๐ ต่อ ๑๓๐

(นายอาทิตย์ สืบพานิช)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ
๙ ก.ค. ๒๕๖๙

https://shorturl.at/NJiva

ใบขอย้าย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน .....

1. ข้าพเจ้า.....วุฒิ.....

ใบอนุญาต ..... วุฒิบัตร.....

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

ตำแหน่งเลขที่..... ส่วนราชการ .....

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

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 ตำแหน่งที่จะขอย้าย เป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรงตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

❍ ยินยอมลดระดับ ❍ ไม่ยินยอมลดระดับ

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

- ❍ ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย
- ❍ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน
- ❍ อยู่ในระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน
- ❍ มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอนำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

/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

(.....)

<u>คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่</u>

ตามที่ (นาย , นาง , นางสาว) .....

ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ขอย้ายไปดำรงตำแหน่งทางจังหวัด..... นั้น ได้พิจารณา

❍ ให้เบิกตามรายการที่ระบุใน 6

❍ ให้เบิกเฉพาะรายการที่ .....

❍ ไม่ให้เบิกทุกรายการที่ระบุใน 6

(ลงชื่อ).....

(.....)

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

หมายเหตุ

1. กรณีขอย้ายติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งย้ายหรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส
2. กรณีขอย้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม
3. กรณีขอย้ายเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดมารดา และกรณีที่บิดมารดาอายุต่ำกว่า65 ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองจากแพทย์ด้วย
4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการกองหรือหัวหน้าหน่วยราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้เป็นผู้ให้คำรับรองเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่ แล้วแต่กรณี

บันทึกประกอบการขอย้าย / โอน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ส่วนราชการ.....

มีความประสงค์จะขอย้าย / โอน ไปรับราชการที่ .....

☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
แต่ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย / โอน

☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอนไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่

☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่าง
ประเมินผลงานทางวิชาการ

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ **โดยขอนำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิมขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่**

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย / โอน
วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานการเจ้าหน้าที่
วันที่.....

แบบฟอร์ม_๑

แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

ของ

.....(ชื่อ-สกุล).....

ตำแหน่ง..... (ด้าน.....(ถ้ามี))

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

ขอประเมินบุคคลเพื่อย้าย/โอน ไปแต่งตั้งให้ดำรง

ตำแหน่ง..... (ด้าน.....(ถ้ามี))

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

๑. แบบแสดงข้อมูลส่วนบุคคล

๑. ชื่อผู้ขอประเมิน .....

๒. ตำแหน่งปัจจุบัน .....ระดับ.....(ด้าน .....(ถ้ามี))
ตำแหน่งเลขที่ .....สังกัด ฝ่าย/กลุ่ม/ส่วน .....
กอง/สำนัก/สถาบัน/ศูนย์ ..... กรม .....

๓. ตำแหน่งที่ขอประเมิน .....ระดับ.....(ด้าน.....(ถ้ามี))
ตำแหน่งเลขที่ .....สังกัด ฝ่าย/กลุ่ม/ส่วน .....
กอง/สำนัก/สถาบัน/ศูนย์ ..... กรม .....

๔. ประวัติส่วนตัว (จาก ก.พ. ๗)
เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... อายุ .....
อายุราชการ .....ปี ..... เดือน ปีเกษียณ .....

๕. ประวัติการศึกษา

คุณวุฒิและวิชาเอก (ชื่อปริญญา)	ปีที่สำเร็จการศึกษา	สถาบัน
.....	.....	.....
.....	.....	.....

๖. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) (ชื่อใบอนุญาตและเลขที่ใบอนุญาต .....)
วันออกใบอนุญาต .....วันหมดอายุ .....

๗. ประวัติการรับราชการ (จากเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน แสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้นแต่ละระดับ และการเปลี่ยนแปลงในการดำรงตำแหน่งในสายงานต่าง ๆ)

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	สังกัด
.....	.....	.....
.....	.....	.....

๘. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน

ปี	ระยะเวลา	หลักสูตร	สถาบัน
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

๙. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (เคยปฏิบัติงานเกี่ยวกับอะไรบ้างที่นอกเหนือจากข้อ ๗ เช่น เป็นหัวหน้าโครงการ หัวหน้างาน กรรมการ อนุกรรมการ วิทยากร อาจารย์พิเศษ เป็นต้น)

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... (ผู้ขอประเมิน)
(.....)
(วันที่) ...../...../.....

หมายเหตุ ข้อ ๑ – ๙ ให้ผู้ขอประเมินเป็นผู้กรอกข้อมูล พร้อมทั้งแนบสำเนาเอกสารที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงานการเจ้าหน้าที่เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง

แบบฟอร์ม_๒

เอกสารประกอบการพิจารณาขอนับระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่ขอเกื้อกูลกับตำแหน่งที่ขอประเมิน

ของ นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง..... (ด้าน.....(ถ้ามี)) ตำแหน่งเลขที่.....

ส่วนราชการ (ระบุงาน/กลุ่มงาน/กลุ่ม/รพ./สสจ.).....

ประเมินเพื่อดำรงตำแหน่ง..... (ด้าน.....(ถ้ามี)) ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

ชื่อ - สกุล/ ตำแหน่งปัจจุบัน/วุฒิ	ช่วงเวลาดำรงตำแหน่ง ที่ขอเกื้อกูล	ตำแหน่ง/ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ในตำแหน่งที่ขอเกื้อกูล	ระยะเวลา ที่ขอเกื้อกูล	จำนวนผู้ร่วม ดำเนินการ	สัดส่วนที่ผู้ ขอเกื้อกูลได้ ปฏิบัติงาน %	ตำแหน่ง/ลักษณะงาน ของตำแหน่ง ที่ขอประเมิน	ผู้รับรอง (เซ็นทุกหน้า)
ชื่อ..... ตำแหน่ง..... วุฒิ..... เมื่อ..... ได้รับใบประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) เมื่อ.....	เป็นช่วงระยะเวลา การดำรงตำแหน่ง ที่ขอเกื้อกูล<u>ทั้งหมด</u> (แยกแต่ละระดับ แต่ละสายงาน) (เช่น ๑ พค. ๕๙ – ๓๐ เมย. ๖๗)	เป็นการดำรงตำแหน่งที่ขอเกื้อกูล <u>แยกเป็นแต่ละระดับ</u> (เป็นงานที่ปฏิบัติจริง) ตำแหน่งที่ ๑.....ระดับ..... มีลักษณะงานที่ปฏิบัติ ดังนี้ .... ตำแหน่งที่ ๒.....ระดับ..... มีลักษณะงานที่ปฏิบัติ ดังนี้ .... ฯลฯ	เป็นระยะเวลารวม เฉพาะที่ดำรงตำแหน่ง แต่ละสายงาน แต่ละระดับ (เช่น ๘ ปี) .... *รวมระยะเวลาของแต่ละ ตำแหน่งแล้วจะต้องมียอด รวมเท่ากับ ช่องที่ ๒	ผู้ที่ร่วมปฏิบัติงาน ของแต่ละงาน เช่น ถ้าทำคนเดียว ให้ใช้ (-)	เช่น ๑๐๐%	เป็นลักษณะงาน ที่ไปดำรงตำแหน่งใหม่ โดยแยกเป็นแต่ละ ระดับให้ตรงตาม มาตรฐานกำหนด ตำแหน่งที่ ก.พ. กำหนด	..... (.....) ชื่อผู้ขอประเมิน วัน/เดือน/ปี ..... (.....) ชื่อและตำแหน่งผู้บังคับบัญชา ที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงาน วัน/เดือน/ปี ..... (.....) ชื่อและตำแหน่งผู้บังคับบัญชา เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ วัน/เดือน/ปี