

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
 ๒๒๘๕
 วันที่ ๑๗ ต.ค. ๖๐ เวลา ๑๔.๔๕ น.
 ๐๑ โฟนไลน์



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
 รับที่ ๑๐๙๕๑
 วันที่ ๑๗ ต.ค. ๒๕๖๐
 เวลา ๑๐.๕๓ น.

ที่ สฎ ๐๐๓๒.๐๐๑.๐๒/ว. ๖๗/๕๕

ศาลากลางจังหวัดสุราษฎร์ธานี
 ถนนคอนนิก อำเภอเมือง ฯ
 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐

๑ กันยายน ๒๕๖๐

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อรับย้ายให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ/ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบขอย้าย จำนวน ๑ ชุด

ด้วยจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีความประสงค์จะรับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อรับย้ายให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ (โดยปฏิบัติหน้าที่ในภารกิจสนับสนุนการดำเนินการเขตสุขภาพที่ ๑๑) จำนวน ๗ ตำแหน่ง ดังนี้

๑. ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๑๖๓๔
๒. ตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคล ตำแหน่งเลขที่ ๑๖๑๕๓๑
๓. ตำแหน่งนักวิเคราะห์นโยบายและแผน ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๘๓๖๖
๔. ตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์ ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๘๕๗๐
๕. ตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชี ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๙๓๔๙
๖. ตำแหน่งนักวิชาการพัสดุ ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๙๒๑๐
๗. ตำแหน่งนิติกร ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๑๗๙๐
๘. ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป ตำแหน่งเลขที่ ๑๓๕๑๑๔

ทั้งนี้ หากมีข้าราชการผู้ใดสนใจที่ประสงค์จะสมัคร ฯ ให้ส่งใบขอย้ายผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น และให้แนบหลักฐานการสมัคร ได้แก่ สำเนา ก.พ.๗, วุฒิการศึกษา และทะเบียนบ้านอย่างละ ๑ ชุด ส่งถึงกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่วันที่ ๕ - ๒๐ กันยายน ๒๕๖๐ ในวันและเวลาราชการ โดยถือวันที่ลงรับหนังสือของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีเป็นสำคัญ สามารถดูรายละเอียดการสมัครและดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ <http://www.stpho.go.th/>

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายขจรศักดิ์ แก้วจรัส)

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร ๐๗๗ ๒๗๒๗๘๔ ต่อ ๑๒๐ - ๑๒๑

โทรสาร ๐๗๗ ๒๘๑๒๖๓

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

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

☐ อยู่ระหว่างการลาศึกษา / ฝึกอบรม / หรือดูงาน หลักสูตร

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

☐ ไม่อยู่ระหว่างการลาศึกษา / ฝึกอบรม / ดูงาน

☐ อยู่ระหว่างปฏิบัติงานขอใช้ทุนหลักสูตร.....

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

ถึงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

☐ ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

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

ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอย้าย.....

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลพร้อมนี้แล้วจำนวน..... ฉบับ

4. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรงตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

☐ ยินยอมลดระดับ ☐ ไม่ยินยอมลดระดับ

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

☐ ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย

☐ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ อยู่ระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอให้นำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

6. ในการขอย้ายครั้งนี้หากทางราชการอนุญาตให้ย้ายได้ จ้าพเจ้า (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. กรณีขอย้ายคิดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำตั้งย้ายหรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส

2. กรณีขอย้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม

3. กรณีขอย้ายเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณีที่บิดา มารดา
อายุต่ำกว่า 65 ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองจากแพทย์ด้วย

4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการกอง หรือ
หัวหน้าหน่วยงานราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ที่เห็นได้ไม่ต่ำกว่านี้เป็นผู้ให้คำรับรอง
เบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับ ตำแหน่งใหม่ แล้วแต่กรณี