



ประกาศจังหวัดแพร่

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกบุคคลเพื่อย้ายและแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุข) ประเภททั่วไป ระดับชำนาญงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ป่าน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดแพร่

.....

ด้วย จังหวัดแพร่ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ จะดำเนินการคัดเลือกบุคคลเพื่อย้ายและแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุข) ประเภททั่วไป ระดับชำนาญงาน ตำแหน่งเลขที่ ๙๗๘๔๖ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ป่าน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดแพร่ จำนวน ๑ อัตรา โดยมีรายละเอียดดังนี้

ก. ตำแหน่งที่รับสมัครคัดเลือก

ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุข) ประเภททั่วไป ระดับชำนาญงาน ตำแหน่งเลขที่ ๙๗๘๔๖ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ป่าน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดแพร่

ข. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการคัดเลือก

ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุข) ประเภททั่วไป ระดับชำนาญงาน

ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุข) ประเภททั่วไป ระดับชำนาญงาน จะต้องมีความรู้ดังต่อไปนี้

๑. มีความรู้เฉพาะสำหรับตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขระดับปฏิบัติงาน โดยมีคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ คือ

๑.๑ ได้รับประกาศนียบัตรทางการสาธารณสุข การพยาบาล โภชนาการ การแพทย์แผนไทย ซึ่งมีระยะเวลาการศึกษาไม่น้อยกว่า ๒ ปี ต่อจากมัธยมศึกษาตอนปลายที่ศึกษาวิชาสามัญ หรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน หรือสาขาวิชาใดสาขาวิชาหนึ่งดังกล่าว หรือสาขาวิชาอื่นที่ ก.พ. กำหนดว่าใช้เป็นคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งนี้ได้

๑.๒ ได้รับประกาศนียบัตรทางการสาธารณสุข การพยาบาล โภชนาการ พยาธิวิทยา เภสัชวิทยา ซึ่งมีระยะเวลาการศึกษาไม่น้อยกว่า ๓ ปี ต่อจากมัธยมศึกษาตอนปลายที่ศึกษาวิชาสามัญ หรือ คุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน หรือสาขาวิชาใดสาขาวิชาหนึ่งดังกล่าว หรือสาขาวิชาอื่นที่ ก.พ. กำหนดว่าใช้เป็นคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งนี้ได้

๑.๓ ได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงทางการสาธารณสุข โภชนาการ การแพทย์แผนไทย เวชกิจฉุกเฉิน หรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน หรือสาขาวิชาใดสาขาวิชาหนึ่งดังกล่าว หรือสาขาวิชาอื่นที่ ก.พ. กำหนดว่าใช้เป็นคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งนี้ได้

๑.๔ ได้รับประกาศนียบัตรหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่ ก.พ. กำหนดว่าใช้เป็นคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งนี้ได้

และ

/๒. เคยดำรงตำแหน่ง...

๒. เคยดำรงตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน มาแล้วไม่น้อยกว่า ๕ ปี กำหนดเวลา ๕ ปี ให้ลดเป็น ๔ ปี สำหรับผู้มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข ระดับปฏิบัติงาน ข้อ ๒ หรือ ข้อ ๓ หรือข้อ ๔ ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่าประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง หรือดำรงตำแหน่งอย่างอื่น ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด โดยจะต้องปฏิบัติงานสาธารณสุข หรืองานอื่นที่เกี่ยวข้องตามที่ส่วนราชการเจ้าสังกัดเห็นว่าเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบและ ลักษณะงานที่ปฏิบัติมาแล้ว ไม่น้อยกว่า ๑ ปี

ค. กำหนดวัน เวลา สถานที่ และวิธีการรับสมัคร

๑) วัน เวลา สถานที่ ในการรับสมัคร

เริ่มรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๒๑ - ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ ภาคเช้า เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ภาคบ่าย เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

๒) วิธีการสมัครเข้ารับการคัดเลือก

๒.๑) ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือก Download ใบสมัคร และขอย้ายได้ทางช่องทางดังนี้

๒.๑.๑) เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่: www.pro.moph.go.th

๒.๑.๒) เว็บไซต์กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่: <http://web2.pro.moph.go.th/hr>

๒.๒) กรอกใบสมัคร ใบขอย้าย และแนบเอกสารที่เกี่ยวข้องตามประกาศรับสมัครฯ ให้ถูกต้องครบถ้วน โดยจัดทำหนังสือส่งใบสมัคร และใบขอย้าย ยื่นผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น

๒.๓) ส่งใบสมัคร ใบขอย้าย และแนบเอกสารที่เกี่ยวข้องที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ง. เอกสารที่ต้องยื่นในการสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือก ยื่นเอกสารการสมัครด้วยตนเอง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑) ใบสมัคร พร้อมติดรูปถ่ายขนาด ๑ x ๑.๕ นิ้ว (แบบฟอร์มตามเอกสารแนบท้ายประกาศ ๑)

๒) ใบขอย้าย (แบบฟอร์มตามเอกสารแนบท้ายประกาศ ๒)

๓) ประกาศนียบัตร/เกียรตินิยม/วุฒิปริญญา การศึกษา ฝึกอบรมในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่สมัครเข้ารับการคัดเลือก

๔) เอกสารอื่นๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อตัว - สกุล (ถ้ามี) ฯลฯ

โดยหากเอกสารไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะยังไม่ลงรับเอกสาร และจะถือวันลงรับที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เป็นสำคัญ หากพ้นวัน เวลา ที่ประกาศรับสมัครฯ กำหนดจะไม่รับพิจารณา

จ. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก และกำหนดวัน เวลา สถานที่ที่คัดเลือก

จังหวัดแพร่ จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก และกำหนดวัน เวลา สถานที่ในการคัดเลือกให้ทราบ ภายในวันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๒ ทาง ๔ ช่องทางดังนี้

๑) เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่: www.pro.moph.go.th

๒) เว็บไซต์กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่: <http://web2.pro.moph.go.th/hr>

๓) page facebook: hr phrae

๔) page facebook: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ทั้งนี้ ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกจะต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบและรับรองตนเอง
ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ตรงตามประกาศรับสมัครจริง และจะต้องกรอกรายละเอียดต่าง ๆ ในใบสมัคร
และเอกสารประกอบการคัดเลือก พร้อมทั้งยื่นหลักฐานในการสมัครให้ถูกต้องครบถ้วน ในกรณีที่มีความผิดพลาด
อันเกิดจากผู้สมัครไม่ว่าด้วยเหตุใดๆ อันมีผลทำให้ผู้สมัครไม่มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกตามประกาศรับสมัคร
ดังกล่าว ให้ถือว่าการสมัครและการมีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกครั้งนี้เป็นโมฆะสำหรับผู้นั้น และผู้ได้รับการคัดเลือก
ทุกตำแหน่ง จะต้องไปปฏิบัติงานตามส่วนราชการตามที่กำหนดไว้ในประกาศฉบับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒



(นายขจร วินัยพานิช)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดแพร่

ใบสมัคร

รูปถ่าย
๑ x ๑.๕ นิ้ว

แบบใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกคัดเลือก (ย้าย) ผู้ที่เหมาะสมกับตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เจ้าพนักงานสาธารณสุข)
ประเภททั่วไป ระดับชำนาญงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ - สกุล.....
วัน เดือน ปี เกิด.....อายุตัว..... ปี
อายุราชการ.....ปี วันเกษียณอายุ.....
ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....ประเภท.....
ระดับ.....
ส่วนราชการ (ตาม จ.๑๘)
ส่วนราชการ (ตามปฏิบัติจริง)
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....บาท
โทรศัพท์.....e-mail:.....

๒. การดำรงตำแหน่ง

ดำรงตำแหน่ง.....ระดับปฏิบัติงาน
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ดำรงตำแหน่ง.....ระดับชำนาญงาน
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๓. ความผิดทางวินัย เป็นผู้อยู่ระหว่าง

☐ ถูกสอบสวน.....เมื่อ.....
☐ ถูกลงโทษ.....เมื่อ.....
☐ ไม่มี

๔. วุฒิการศึกษา (โปรดแนบหลักฐานทุกวุฒิที่กรอกในใบสมัคร)

☐ ปริญญาตรี.....สาขา.....
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....
☐ ปริญญาโท.....สาขา.....
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....
☐ ปริญญาเอก.....สาขา.....
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....
☐ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....เลขที่.....
วันออกใบอนุญาต.....วันหมดอายุ.....
☐ วุฒิบัตรเพิ่มเติม (อื่น)

/ข้าพเจ้า...

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จ หรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมดสิทธิ์ได้รับการคัดเลือก และหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับการคัดเลือก

(.....)

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

๗. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

.....
.....

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

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

สถานที่ติดต่อ

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อได้.....

โทรสาร..... e-mail:

ใบขอย้าย / โอน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดแพร่

1. ข้าพเจ้า.....วุฒิ.....

ใบอนุญาต วุฒิบัตร.....

เบอร์โทรศัพท์.....

2. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่งระดับ.....

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

☐ อยู่ระหว่างปฏิบัติงานขอใช้ทุนหลักสูตร.....
ต้องปฏิบัติงานขอใช้ทุน ปี ตั้งแต่วันที่ เดือน..... พ.ศ.
ถึงวันที่ เดือน..... พ.ศ.

☐ ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

3. ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งระดับ.....

ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอย้าย

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลพร้อมนี้แล้วจำนวน ฉบับ โดยยินยอมให้ตัดโอนตำแหน่ง
และอัตราเงินเดือนตามตัวไปตั้งจ่าย

4. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรง
ตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

☐ ยินยอมลดระดับ ☐ ไม่ยินยอมลดระดับ

- 2 -

5. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

- ☐ ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย
- ☐ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน
- ☐ อยู่ระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน
- ☐ มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอนำผลประเมินวิชาการ
ที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

6. ในการขอย้ายครั้งนี้หากทางราชการอนุญาตให้ย้ายได้ ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมายใน ☐ 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.....

มีความประสงค์ขอข้ายไปดำรงตำแหน่งทางจังหวัด..... 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 ผู้อำนวยการกองหรือหัวหน้าหน่วยราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ เป็นผู้ให้คำรับรองเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับ 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

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่โดยขอนำผลประเมินวิชาการที่ส่วน
 ราชการเดิมขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

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

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