

ที่ ศก ๐๗๓๒ /ว. ๑๓๖



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ
หมู่ที่ 6 ตำบลสี อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดศรีสะเกษ ๓๓๑๕๐

ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง การขอย้ายภายในจังหวัดของเจ้าหน้าที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ (รอบที่ ๒)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

อ้างถึง หนังสือ ศก ๐๗๓๒.๐๐๙/ว๔๗๖๘ ลงวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.แบบฟอร์มใบขอย้าย

จำนวน ๑ ฉบับ

๒.แบบรายงานข้อมูลผู้ปฏิบัติงานจริง

จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ขอให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ที่มีความประสงค์ขอย้ายภายในจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ (รอบที่ ๒) ส่งใบขอย้าย (สิ่งที่แนบมาด้วย ๑) พร้อมเอกสารประกอบการขอย้ายผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับ พร้อมรายงานข้อมูลผู้ปฏิบัติงานจริง (สิ่งที่แนบมาด้วย ๒) นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จึงขอประชาสัมพันธ์ และให้ผู้สนใจนำส่งแบบฟอร์มตามรายละเอียดที่แนบ ภายในวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๓ เพื่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จะได้รวบรวมข้อมูลและนำส่ง ให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิสูตรศักดิ์ พิริยานนท์)

สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ

งานทรัพยากรบุคคล

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ

โทร/โทรสาร ๐ ๔๕๖๖ ๙๒๓๒

ใบขอย้าย (ภายในจังหวัด)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน

1. ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....

วุฒิ.....ได้บรรจุเข้ารับราชการครั้งแรกเมื่อวันที่.....

เดือน.....พ.ศ.....ในตำแหน่ง.....

ส่วนราชการ.....

2. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง.....

รับเงินเดือนชั้น.....บาท ส่วนราชการ.....

ปฏิบัติงานจริงที่.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

3. ข้าพเจ้าเป็นผู้เคยได้รับอนุมัติให้เข้าศึกษาในหลักสูตร.....

ที่.....เมื่อ.....เป็นเวลา.....ปี

มีสัญญาต้องปฏิบัติราชการชดใช้ทุน.....ปี ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ปัจจุบันข้าพเจ้ายังต้องรับราชการชดใช้ทุนที่

(ส่วนราชการ).....

4. ข้าพเจ้าได้รับอนุมัติให้เบิกค่าเช่าบ้านเดือนละ.....บาท เพื่อ

() ชำระค่าเช่าบ้าน () ค่าเช่าซื้อบ้าน

5. ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่ง.....

ระดับ.....ประจำ 1.

2.

3.

เหตุผลในการขอย้าย.....

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว จำนวน.....ฉบับ

6. ตามที่ข้าพเจ้าได้ขอย้ายไปดำรงตำแหน่ง.....

(ส่วนราชการ).....

หากปรากฏว่าตำแหน่งที่ข้าพเจ้าจะขอย้ายไปเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรงอยู่ ข้าพเจ้า

() ยินยอมลดระดับ () ไม่ยินยอมลดระดับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ตามที่ (นาย, นาง, นางสาว).....

ตำแหน่ง.....ประจำ.....

มีความประสงค์ขอย้ายไปปฏิบัติราชการที่.....นั้น

โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ.....

- () ขอเจ้าหน้าที่ทดแทนทันที
- () ขอเจ้าหน้าที่ทดแทนภายหลัง
- () ไม่ขอเจ้าหน้าที่ทดแทน

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

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

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ส่วนราชการรับย้าย)

ตามที่ (นาย, นาง, นางสาว).....

ตำแหน่ง.....ประจำ.....

มีความประสงค์ขอย้ายมาปฏิบัติราชการที่.....นั้น

โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ.....

- () ยินดีรับย้ายไปปฏิบัติราชการที่.....
- () ไม่ยินดีรับ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

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

หมายเหตุ 1. กรณีขอย้ายติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งย้าย หรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส

2. กรณีขอย้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนา

3. กรณีขอย้ายเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณีที่บิดา มารดา อายุต่ำกว่า 65 ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแล อย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองแพทย์ด้วย

4. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หรือสาธารณสุขอำเภอ หรือหัวหน้างาน/กลุ่มงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้รับรองของผู้บังคับบัญชา แล้วแต่กรณี

ข้อมูลผู้ปฏิบัติงานจริง
เพื่อประกอบการพิจารณาการขอย้ายภายในจังหวัด (รอบที่ 2)

ร่ำ ดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	ส่วนราชการ		ข้อมูลประกอบการพิจารณา				การขออัตราค่าจ้าง			ข้อมูลสายงาน					หมายเหตุ	
			ส่วนราชการ ที่ปฏิบัติงานจริง	ส่วนราชการ ปลายทาง ที่ย้าย	วันเดือนปี ที่บรรจุ	อายุ ราชการ	อายุตัว	เหตุผล ในการ ขอย้าย	ขั้นสูง	ขั้นต่ำ	ชรก.	ลูกจ้าง ประจำ	ลูกจ้าง พทส.	ลูกจ้าง ชั่วคราว	รวม	ขาด/เกิน จากการ ขึ้นค่า		
1	นางสาวนันทา ชินบาน	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลกันทรารมย์ สสจ.ศรีสะเกษ	กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ สสจ.ศรีสะเกษ	30/09/2536	24 ปี 11 เดือน	45 ปี 4 เดือน	ดูแลครอบครัว	97	77	52	-	-	8	15	75	-2	

(ลงชื่อ) ผู้ให้ข้อมูล (การเจ้าหน้าที่ต้นสังกัด)

(.....)

ตำแหน่ง.....

นายแพทย์โทรศัพท์.....