



ที่ สธ ๐๔๒๑.๖/๗๔

ถึง กอง/สถาบัน/สำนักงาน/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค/สำนักและหน่วยงานระดับกองในสังกัดกรมควบคุมโรค/  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

ด้วยกรมควบคุมโรค โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี มีความประสงค์  
รับย้ายหรือรับโอนข้าราชการ ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป ระดับปฏิบัติการหรือชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๙๖๐  
งานธุรการ กลุ่มบริหารทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี จำนวน ๑ อัตรา  
โดยมีรายละเอียด ดังนี้

**๑. การยื่นใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน** ยื่นได้ตั้งแต่วันที่ ๒๔ มกราคม - ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕  
โดยสามารถยื่นได้ด้วยตนเอง หรือยื่นทางไปรษณีย์ ดังนี้

๑.๑ ยื่นใบสมัครขอย้ายหรือขอโอนข้าราชการ พร้อมหลักฐานการสมัครฯ ด้วยตนเอง  
ที่งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มพัฒนาองค์กร และบุคคล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี เลขที่ ๗๖  
หมู่ ๕ ต.พระพุทธบาท อ.พระพุทธบาท จ.สระบุรี ในวันและเวลาราชการ

๑.๒ ผู้ยื่นใบสมัครขอย้ายหรือขอโอนข้าราชการ พร้อมหลักฐานการสมัครฯ ทางไปรษณีย์  
ลงทะเบียนด่วนพิเศษ (EMS) โดยเจ้าหน้าที่ของงานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มพัฒนาองค์กร และบุคคล  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี เลขที่ ๗๖ หมู่ ๕ ต.พระพุทธบาท อ.พระพุทธบาท จ.สระบุรี  
๑๘๑๒๐ วงเล็บมุมซองว่า “ใบสมัครขอย้ายหรือขอโอนข้าราชการ” โดยจะถือวันที่ไปรษณีย์ต้นทาง  
ประทับตรารับ ภายในวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ เวลา ๑๖.๓๐ น. เป็นสำคัญ และใบสมัครที่ส่งหลังวันที่  
๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ จะไม่ได้รับการพิจารณา

**๒. แบบใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน** สามารถดาวน์โหลดแบบใบสมัครขอย้ายหรือขอโอนได้ที่  
เว็บไซต์ <https://ddc.moph.go.th/odpc4> หัวข้อ “ประกาศรับสมัครงาน”

**๓. เอกสารที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน** ประกอบด้วย

- |   |                     |
|---|---------------------|
| ๓.๑ สำเนาบัตรประชาชน  | จำนวน ๑ ฉบับ        |
| ๓.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน  | จำนวน ๑ ฉบับ        |
| ๓.๓ สำเนาทะเบียนประวัติ ก.พ.๗   | จำนวน ๑ ชุด         |
| ๓.๔ สำเนาหลักฐานการศึกษาซึ่งตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับ<br>ตำแหน่งที่ขอย้ายหรือขอโอน | จำนวน ๑ ฉบับ        |
| ๓.๕ สำเนาหลักฐานอื่น ๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อตัว หรือชื่อสกุล (ถ้ามี)                   | จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ |

**๔. การพิจารณาคัดเลือกผู้สมัครขอย้ายหรือขอโอน**

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี จะพิจารณาจากใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน  
และเอกสารที่ยื่นพร้อมใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน ทั้งนี้ อาจให้มีการสอบสัมภาษณ์เพิ่มเติม เพื่อประกอบการ  
พิจารณาคัดเลือกฯ ดังกล่าว หากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี สรรหาบุคคลไปดำรงตำแหน่ง  
ดังกล่าวได้แล้ว ให้ถือว่าสิ้นสุดสำหรับการรับย้ายหรือรับโอนตำแหน่งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดแจ้งให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกันด้วย  
จะเป็นพระคุณ



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ จังหวัดสระบุรี  
โทร. ๐ ๓๖๒๓ ๙๓๐๒ ต่อ ๑๒๕  
โทรสาร ๐ ๓๖๒๓ ๙๓๐๑

# หนังสือขอย้ายหรือขอโอน

(สำหรับผู้ขอย้ายหรือขอโอนทุกประเภทและระดับตำแหน่ง)

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง  ขอย้าย  ขอโอน มาดำรงตำแหน่งในระดับที่ไม่สูงกว่าเดิม

เรียน อธิบดีกรมควบคุมโรค

๑. ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ปัจจุบันเป็นข้าราชการ  พลเรือนสามัญ  ประเภทอื่น (ระบุ).....

ดำรงตำแหน่งประเภท  วิชาการ  ท้าไป  อื่น ๆ (ระบุ).....

ชื่อตำแหน่ง.....ระดับ.....

ส่วนราชการ.....

๒. มีความประสงค์ขอ  ย้าย  โอน มาดำรงตำแหน่ง.....

ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....กลุ่ม.....

กอง.....กรมควบคุมโรค

เหตุผลในการขอย้าย/ขอโอน คือ .....

๓. ขณะนี้

อยู่ในระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ

อยู่ในระหว่างลาศึกษา/ฝึกอบรม/ดูงาน หลักสูตร.....

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

อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานขาดใช้ทุนตามสัญญาการศึกษาในหลักสูตร.....

.....ต้องปฏิบัติงานขาดใช้ทุน.....ปี ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการแล้ว

อยู่ในระบบข้าราชการผู้มีผลสัมฤทธิ์สูง (HiPPs)

๔. ข้อมูลส่วนบุคคล

๔.๑ ประวัติส่วนตัว

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน.....

เริ่มรับราชการเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุราชการ.....ปี.....เดือน.....

(นับถึงเดือน.....พ.ศ.....) ภูมิลำเนาเดิม.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์ที่บ้าน/มือถือ.....

เป็นสมาชิก กบข. ประเภท  สะสม  ไม่สะสม

ไม่เป็นสมาชิก กบข.

๔.๒ ประวัติการศึกษา (วุฒิตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งและสูงกว่า)

ชื่อประกาศนียบัตร/ปริญญา และสาขา/วิชาเอก	ปีสำเร็จการศึกษา	สถาบัน

๔.๓ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) (ชื่อใบอนุญาต).....  
วันออกใบอนุญาต.....วันหมดอายุ.....

๔.๔ ประวัติการจ้างงานประเภทพนักงานราชการ ลูกจ้างหรือพนักงานกระทรวง  
สาธารณสุข (ถ้ามี)

วันที่เริ่มจ้าง	วันสิ้นสุดการจ้าง	ประเภทการจ้าง	ชื่อตำแหน่งที่จ้าง	หน่วยงานที่จ้าง

๔.๕ ประวัติการดำรงตำแหน่งข้าราชการ

การแต่งตั้ง (บรรจุ/ย้าย/โอน/เลื่อน)	วัน/เดือน/ ปี พ.ศ.	ตำแหน่ง/ระดับ	หน่วยงานระดับกองและกรม

๔.๖ ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน (ย้อนหลัง ๓ ปี)

ปี พ.ศ.	ระยะเวลา (ปี เดือน วัน)	หลักสูตร	สถาบัน

๔.๗ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ย้อนหลัง ๓ ปี (เคยปฏิบัติงานเกี่ยวกับอะไรบ้างที่  
นอกเหนือจากข้อ ๔.๖ เช่น เป็นหัวหน้าโครงการ หัวหน้างาน กรรมการ อนุกรรมการ วิทยากร อาจารย์  
พิเศษ เป็นต้น)

.....  
.....  
.....

๕. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งปัจจุบัน

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๖. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอน ความรู้ความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติงานที่เป็นผลงานเด่น  
จำนวน .....เรื่อง (๑-๓ เรื่อง) ดังรายละเอียดตามเอกสารแนบ

๖.๑ เรื่อง.....

๖.๒ เรื่อง.....

๖.๓ เรื่อง.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับการประเมิน

(.....)

วันที่.....

สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอน ความรู้ความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติงานที่เป็นผลงานเด่น (จำนวน ๑-๓ เรื่อง)

ลำดับที่ ๑

- ๑. ชื่อผลงาน.....
- ๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ.....
- ๓. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอน ความรู้ความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติงาน  
(ขนาดตัวอักษร ๑๖ point ความยาวไม่เกิน ๑-๓ หน้ากระดาษ A4)

.....

.....

.....

.....

.....

๔. สัดส่วนของผลงานในส่วนตัวตนเองปฏิบัติ (%) (ระบุรายละเอียดของผลงานเฉพาะส่วนที่ตนเองปฏิบัติพร้อมทั้งสัดส่วนของผลงาน)

.....

.....

๕. ผู้ร่วมจัดทำผลงาน (ถ้ามี)

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล	สัดส่วนของผลงาน (%)	ลายมือชื่อ

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ผู้เสนอผลงาน

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

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ผู้บังคับบัญชา

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

ลำดับที่ ๒ (ถ้ามี แสดงรายละเอียดเช่นเดียวกับลำดับที่ ๑)

หมายเหตุ เป็นการสรุปสาระสำคัญ ขั้นตอน ความรู้ความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติงานของผลงานที่ผ่านมา ซึ่งเพียงพอที่จะแสดงให้เห็นว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ที่จะปฏิบัติในตำแหน่งที่จะย้ายหรือโอนได้ หรืออาจกำหนดให้ส่งรายละเอียดของผลงานดังกล่าวก็ได้

คำรับรอง...

**คำรับรองของผู้บังคับบัญชา**

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ระดับ.....(ส่วนราชการ).....

เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า

๑. ....เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ มีความสนใจ และอดุสาหะในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี และไม่อยู่ระหว่างการดำเนินการทางวินัย

๒. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งปัจจุบันตามที่ระบุในหนังสือขอย้าย/ขอโอน (ข้อ ๖) เป็นความจริงทุกประการ

๓. ยินดีให้ย้าย/โอน ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ)..... ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลการปฏิบัติงาน  
(.....)

ผู้รับรอง

วันที่.....

**เห็นด้วยกับคำรับรองของผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลการปฏิบัติงาน**

(ลงชื่อ).....ผู้อำนวยการกองต้นสังกัด  
(.....)

(ตำแหน่ง).....

วันที่...../...../.....

### แบบประเมินคุณลักษณะของบุคคล

ชื่อผู้ขอรับการประเมิน .....

ตอนที่ ๑ รายการประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้รับ
๑. <b>ความรับผิดชอบ</b> พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น - เอาใจใส่ในการทำงานที่ได้รับมอบหมายและหรืองานที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ - ยอมรับผลงานของตนเองทั้งในด้านความสำเร็จและความผิดพลาด - พัฒนาและปรับปรุงงานในหน้าที่ได้ดียิ่งขึ้น และหรือแก้ไขปัญหารหรือข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นไปอีกเรื่อยๆ หรืองานใดที่พบว่ามีปัญหาหรือข้อผิดพลาดก็พยายามแก้ไข ไม่ละเลยหรือปล่อยทิ้งไว้จนเกิดปัญหาเช่นนั้นซ้ำๆ อีก		
๒. <b>ความคิดริเริ่ม</b> พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น - คิดริเริ่มระบบ แนวทางวิธีดำเนินการใหม่ ๆ เพื่อประสิทธิผลของงาน - แสดงความคิดเห็น ให้ข้อเสนอแนะอย่างสมเหตุสมผล และสามารถปฏิบัติได้ - แสวงหาความรู้ใหม่ ๆ เพิ่มเติมอยู่เสมอ โดยเฉพาะในสายวิชา / งานของตน - ตรวจสอบ ปรับปรุง แก้ไข หรือดัดแปลงวิธีการให้มีประสิทธิภาพและก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลาสนใจงานที่ย่างก้าวซับซ้อน - มีความไวต่อสถานการณ์หรือความฉับไวในการรับรู้สิ่งเร้าภายนอก		
๓. <b>การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ</b> พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น วิเคราะห์หาสาเหตุก่อนเสมอเมื่อประสบปัญหาใด ๆ วิเคราะห์สู่ทางแก้ปัญหาโดยมีทางเลือกปฏิบัติหลายวิธี เลือกทางปฏิบัติในการแก้ปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสม ใช้ข้อมูลประกอบในการตัดสินใจแก้ปัญหา (ไม่ใช่ความรู้สึกของตนเอง)		
๔. <b>ความประพฤติ</b> พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น รักษาวินัย การให้ความร่วมมือกับเพื่อนร่วมงาน รวมทั้งการปฏิบัติตนอยู่ในกรอบของข้อบังคับว่าด้วยจรรยาบรรณของข้าราชการพลเรือนสามัญ		
๕. <b>ความสามารถในการสื่อความหมาย</b> พิจารณาจากพฤติกรรม เช่น - สื่อสารกับบุคคลต่าง ๆ เช่น ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน ผู้รับบริการ และบุคคลที่เกี่ยวข้องได้ดี โดยเข้าใจถูกต้องตรงกัน - ถ่ายทอดและเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการให้ผู้อื่นเข้าใจได้อย่างชัดเจน โดยใช้ภาษาอย่างถูกต้องเหมาะสม		
๖. <b>การพัฒนาตนเอง</b> - ติดตาม ศึกษา ค้นคว้าหาความรู้ใหม่ ๆ หรือสิ่งที่เป็นความก้าวหน้าทางวิชาการ / วิชาชีพอยู่เสมอ - สนใจและปรับตนเองให้เข้ากับวิทยาการใหม่ๆ ตลอดเวลา - นำความรู้และวิทยาการใหม่ๆ มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ		
๗. <b>คุณลักษณะอื่น ๆ (ระบุ) .....</b>		
<b>รวม</b>		

หมายเหตุ ให้ผู้ที่ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละหกสิบเป็นผู้ผ่านการประเมินคุณลักษณะของบุคคล

(ลงชื่อ).....ผู้ประเมิน (ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลการปฏิบัติงาน)  
(.....)

(ตำแหน่ง).....  
วันที่...../...../.....

เห็นด้วยกับผลการประเมินข้างต้น

(ลงชื่อ).....ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป ๑ ระดับ  
(.....)

(ตำแหน่ง).....  
วันที่...../...../.....



เลขที่.....

(ส่วนราชการเจ้าของหนังสือ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วย (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง/ระดับ.....สังกัด.....

มีความประสงค์ขออนุญาตระยะเวลาการดำรงตำแหน่งเกื้อกูล เพื่อขอโอนไปรับราชการในตำแหน่ง  
.....ระดับ.....ส่วนราชการ.....กรมควบคุมโรค

.....(ชื่อส่วนราชการที่ออกหนังสือรับรอง).....ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า  
(นาย/นาง/นางสาว).....ได้ปฏิบัติงานที่ส่วนราชการ  
แห่งนี้ โดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติในแต่ละช่วงเวลา ดังต่อไปนี้

๑. ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....

ดำรงตำแหน่ง/ระดับ.....

และปฏิบัติงานโดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติ ดังนี้ .....

.....  
.....  
.....

๒. ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....

ดำรงตำแหน่ง/ระดับ.....

และปฏิบัติงานโดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติ ดังนี้ .....

.....  
.....  
.....

ให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ)

(พิมพ์ชื่อเต็ม)

(ตำแหน่ง)

หมายเหตุ หนังสือรับรองนี้ใช้สำหรับกรณีโอนไปดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการขึ้นไป และ  
ผู้ขอโอนมีระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้งหรือสายงานที่เกี่ยวข้องหรือเกื้อกูลไม่ครบถ้วน  
ตามที่ ก.พ.กำหนด



การตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคล

ชื่อผู้ขอรับการประเมินบุคคล.....  
ตำแหน่งปัจจุบัน/ระดับ.....  
ตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง/ระดับ.....

- ๑. คุณวุฒิทางการศึกษาตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง  ตรง  ไม่ตรง
- ๒. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง  มีการกำหนดไว้  ไม่ได้กำหนด
- ๓. กรณีที่มีการกำหนดไว้ในข้อ ๒ ผู้ขอรับการประเมินมีใบอนุญาตดังกล่าวหรือไม่  มี  ไม่มี
- ๔. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง  ครบ  ไม่ครบ
- ๕. หนังสือ/เอกสารหลักฐานการจ้างงานประเภทพนักงานราชการ ลูกจ้าง/พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ในกรณีที่มีระยะเวลาตามข้อ ๔ ไม่ครบ  มี  ไม่มี
- ๖. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้งหรือสายงานที่จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกัน (เฉพาะตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการขึ้นไป)  ครบ  ไม่ครบ
- ๗. หนังสือรับรองลักษณะงานที่ปฏิบัติในตำแหน่งที่ขอนำระยะเวลามาขออนับถือถือ ในกรณีที่มีระยะเวลาตามข้อ ๖ ไม่ครบ (เฉพาะตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการขึ้นไป)  มี  ไม่มี

สรุปผลการตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคล

- อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะดำเนินการต่อไปได้
- อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะดำเนินการต่อไปได้ แต่ต้องให้คณะกรรมการประเมินบุคคลที่ อ.ก.พ.กรมแต่งตั้ง พิจารณาการขออนับระยะเวลาการดำรงถือถือ (เฉพาะตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการขึ้นไป)
- ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ (ระบุเหตุผล).....  
.....

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ  
(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่จะแต่งตั้ง

วันที่.....