



ที่ สธ ๐๔๒๘.๑/ว ๒๕๖๖

ถึง กอง/สถาบัน/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค/ สำนักและหน่วยงานระดับกองทุกแห่งในสังกัดกรมควบคุมโรค

ด้วย กรมควบคุมโรค โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช มีความประสงค์รับย้าย/รับโอนข้าราชการ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ หรือชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๒๕๖๔ กลุ่มโรคติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปฏิบัติราชการที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

**การยื่นใบสมัครขอโอนหรือขอย้าย**

สามารถยื่นใบสมัครขอโอน/ย้าย ได้ตั้งแต่วันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๖ จนถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ ดังนี้

**๑) การรับย้ายข้าราชการในสังกัดกรมควบคุมโรค**

ให้ผู้ขอย้ายยื่นหนังสือขอย้าย พร้อมด้วยสำเนาหลักฐานการศึกษา สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนา ก.พ. ๗ ต่อผู้บังคับบัญชาของตน และให้หน่วยงานระดับกองต้นสังกัดส่งเรื่องให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช พิจารณาต่อไป

**๒) การรับโอนข้าราชการ**

ให้ผู้ขอโอน ยื่นหนังสือขอโอน พร้อมด้วยสำเนาหลักฐานการศึกษา สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนา ก.พ. ๗ โดยยื่นด้วยตนเองที่ งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มบริหารทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ ๔๗๘/๗๔ ถนนเทวบุรี ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช โทร. ๐ ๗๕๓๔ ๑๑๕๑ ต่อ ๒๑ ในวันและเวลาราชการ

อนึ่ง หากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช สรรหาบุคคลไปดำรงตำแหน่งดังกล่าวได้แล้ว ให้ถือว่าสิ้นสุดสำหรับการรับย้าย หรือรับโอนตำแหน่งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกัน จะเป็นพระคุณ



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช

โทร ๐ ๗๕๓๔ ๑๑๕๑ ต่อ ๒๑

# หนังสือขอย้ายหรือขอโอน

(สำหรับผู้ขอย้ายหรือขอโอนทุกประเภทและระดับตำแหน่ง)

ติดรูปถ่าย  
ขนาด 1 นิ้ว

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง  ขอย้าย  ขอโอน มาดำรงตำแหน่งในระดับที่ไม่สูงกว่าเดิม

เรียน อธิบดีกรมควบคุมโรค

๑. ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ปัจจุบันเป็นข้าราชการ  พลเรือนสามัญ  ประเภทอื่น (ระบุ).....

ดำรงตำแหน่งประเภท  วิชาการ  ทักษะ  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.....

อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานขอใช้ทุนตามสัญญาลาศึกษาในหลักสูตร.....

.....ต้องปฏิบัติงานขอใช้ทุน.....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..... โทรศัพท์บ้าน/มือถือ.....

เป็นสมาชิก กบข. ประเภท  สะสม  ไม่สะสม

ไม่เป็นสมาชิก กบข.

๔.๒ ประวัติการศึกษา (วุฒิตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งและสูงกว่า)

| ชื่อประกาศนียบัตร/ปริญญา และสาขา/วิชาเอก | ปีที่สำเร็จการศึกษา | สถาบัน |
|--|---------------------|--------|
|  |                     |        |
|  |                     |        |
|  |                     |        |



๖. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอน ความรู้ความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติงานที่เป็นผลงานเด่น จำนวน .....เรื่อง (๑-๓ เรื่อง) ดังรายละเอียดตามเอกสารแนบ (ข้อนี้สำหรับผู้ที่ขอย้าย/โอน มาดำรงตำแหน่งในสายงานที่ไม่จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกันกับตำแหน่งที่ตนเองดำรงอยู่เท่านั้น)

๖.๑ เรื่อง.....

๖.๒ เรื่อง.....

๖.๓ เรื่อง.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับการประเมิน

(.....)

วันที่.....

#### คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ระดับ.....(ส่วนราชการ).....

เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า.....เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ มีความสนใจ และอดุสาหะในการปฏิบัติงาน เป็นอย่างดี และไม่อยู่ระหว่างการดำเนินการทางวินัย

(ลงชื่อ).....ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลการปฏิบัติงาน

(.....)

วันที่...../...../.....

เห็นด้วยกับคำรับรองของผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลการปฏิบัติงาน

(ลงชื่อ).....ผู้อำนวยการกองต้นสังกัด

(.....)

(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 หนังสือรับรองนี้ใช้สำหรับกรณีการย้าย/โอน ไปดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
ขึ้นไป ซึ่งผู้ขอโอนมีระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้งหรือสายงานที่จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่ง  
เดียวกันไม่ครบถ้วน

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 ในกรณีที่ระยะเวลาตามข้อ ๔ ไม่ครบ  มี  ไม่มี
๖. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้งหรือสายงานที่จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกัน (เฉพาะตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการขึ้นไป)  ครบ  ไม่ครบ
๗. หนังสือรับรองลักษณะงานที่ปฏิบัติในตำแหน่งที่ขอนำระยะเวลามาขออนับถือคุณวุฒิ ในกรณีที่ระยะเวลาตามข้อ ๖ ไม่ครบ (เฉพาะตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการขึ้นไป)  มี  ไม่มี

สรุปผลการตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคล

- อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะดำเนินการต่อไปได้
- อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะดำเนินการต่อไปได้ แต่ต้องให้คณะกรรมการประเมินบุคคลที่ อ.ก.พ.กรม แต่งตั้ง พิจารณาการขออนับระยะเวลาการดำรงถือคุณวุฒิ (เฉพาะตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการขึ้นไป)
- ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ  
(.....)

ตำแหน่ง.....  
ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่จะแต่งตั้ง

วันที่.....