



ที่ สธ ๐๔๒๕.๑๐.๒/ว ๒๖๐

ถึง กอง สถาบัน สำนักงาน สำนักและหน่วยงานระดับกองในสังกัดกรมควบคุมโรค

ด้วยกรมควบคุมโรค โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี มีความประสงค์ รัยย้าย/รับโอนข้าราชการ จำนวน ๑ ตำแหน่ง คือ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ หรือ ระดับชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๘๙๑ ปฏิบัติราชการที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. การยื่นใบสมัครขอย้าย/ขอโอน สามารถยื่นได้ตั้งแต่ ๑๙ - ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ โดยสามารถยื่นได้ด้วยตนเอง หรือยื่นทางไปรษณีย์ ดังนี้

๑.๑ ยื่นใบสมัครขอย้าย/ขอโอน ด้วยตนเองที่งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มบริหารทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี เลขที่ ๕๙๑ หมู่ ๑๒ ตำบลสามพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ในวันและเวลาราชการ (ช่วงเช้าเวลา ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. ช่วงบ่าย เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.)

๑.๒ ยื่นใบสมัครขอย้าย/ขอโอน ทางไปรษณีย์ โดยจำหน่ายของถึง งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มบริหารทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี เลขที่ ๕๙๑ หมู่ ๑๒ ตำบลสามพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ๔๑๐๐๐ วงเล็บมุมซอง “ใบสมัครขอย้าย/ขอโอนข้าราชการ”

๒. แบบใบสมัครขอย้าย/ขอโอน สามารถดาวน์โหลดแบบหนังสือขอย้าย หรือ ขอโอน ได้ที่เว็บไซต์ <https://ddc.moph.go.th/dhrm>

๓. เอกสารที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัครขอย้าย/ขอโอน ประกอบด้วย

๓.๑ สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๓ สำเนา ก.พ. ๗ จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๔ สำเนาหลักฐานการศึกษาซึ่งตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งที่ขอย้าย/ขอโอน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๕ สำเนาหลักฐานอื่นๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อตัว หรือชื่อสกุล (ถ้ามี) จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๔. การพิจารณาคัดเลือกผู้ขอย้าย/ขอโอน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี จะพิจารณาหนังสือขอย้าย/ขอโอน และเอกสารที่ยื่นพร้อมหนังสือที่ขอย้าย/ขอโอน ทั้งนี้ หากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี สรรหาข้าราชการเพื่อรับย้าย/รับโอนได้แล้ว ให้เป็นอันสิ้นสุดสำหรับ ตำแหน่งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดแจ้งให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกัน จะเป็นพระคุณ

กรมควบคุมโรค

๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี

โทรศัพท์ ๐ ๔๒๒๑ ๙๑๖๘

หนังสือขอย้ายหรือขอโอน
(สำหรับผู้ขอย้ายหรือขอโอนทุกประเภทและระดับตำแหน่ง)

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอย้าย ขอโอน มาดำรงตำแหน่งในระดับที่ไม่สูงกว่าเดิม

เรียน อธิบดีกรมควบคุมโรค

๑. ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ปัจจุบันเป็นข้าราชการ พลเรือนสามัญ ประเภทอื่น (ระบุ).....

ดำรงตำแหน่งประเภท วิชาการ ททั่วไป 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.....

อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานขอใช้ทุนตามสัญญาการศึกษาในหลักสูตร.....

.....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
จำนวนเรื่อง (๑-๓ เรื่อง) ดังรายละเอียดตามเอกสารแนบ (ข้อนี้สำหรับผู้ที่ย้าย/โอน มาดำรง
ตำแหน่งในสายงานที่ไม่จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกันกับตำแหน่งที่ตนเองดำรงอยู่เท่านั้น)

๖.๑ เรื่อง.....
๖.๒ เรื่อง.....
๖.๓ เรื่อง.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับการประเมิน
(.....)
วันที่.....

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
ระดับ.....(ส่วนราชการ).....
เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า.....เป็นผู้มีความประพฤติ
เรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ มีความสนใจ และอุทิศสาหะในการปฏิบัติงาน
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).....ได้ปฏิบัติงานที่ ส่วนราชการ
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
ในกรณีที่มีระยะเวลาตามข้อ ๔ ไม่ครบ มี ไม่มี
๖. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้งหรือสายงานที่จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกัน
(เฉพาะตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการขึ้นไป)
 ครบ ไม่ครบ
๗. หนังสือรับรองลักษณะงานที่ปฏิบัติในตำแหน่งที่ขอรับระยะเวลาขออนับเกื้อกูล ในกรณีที่มีระยะเวลา
ตามข้อ ๖ ไม่ครบ (เฉพาะตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการขึ้นไป)
 มี ไม่มี

สรุปผลการตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคล

- อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะดำเนินการต่อไปได้
- อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะดำเนินการต่อไปได้ แต่ต้องให้คณะกรรมการประเมินบุคคลที่ อ.ก.พ.กรม
แต่งตั้ง พิจารณาการขออนับระยะเวลาการดำรงเกื้อกูล (เฉพาะตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับ
ชำนาญการขึ้นไป)
- ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ (ระบุเหตุผล).....
.....

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ
(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่จะแต่งตั้ง

วันที่.....