



ที่ สธ ๐๔๑๓.๑/ ๖๑๓๘

ถึง กอง/สถาบัน/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค/สำนักและหน่วยงานระดับกองทุกแห่ง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ด้วยกรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความประสงค์จะรับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ จำนวน ๑ ตำแหน่ง ดังนี้

๑. ตำแหน่งที่จะรับโอน

ตำแหน่งนักจิตวิทยาชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ ๓๔๐๐ กลุ่มโรคเอดส์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๒. การยื่นใบสมัครขอโอน ให้ยื่นใบสมัครได้ตั้งแต่วันที่ ๑๑ มีนาคม - ๑๐ เมษายน ๒๕๖๗ โดยสามารถยื่นใบสมัครได้ด้วยตนเองหรือส่งทางไปรษณีย์ ดังนี้

๒.๑ ยื่นใบสมัครขอโอนด้วยตนเอง ได้ที่งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มบริหารทั่วไป กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ชั้น ๓ อาคาร ๕ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ ๑๑ มีนาคม - ๑๐ เมษายน ๒๕๖๗ ในวันและเวลาราชการ โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๓๓๒๕ หรือ ๐ ๒๕๙๐ ๓๘๘๓

๒.๒ ยื่นใบสมัครขอโอนโดยส่งทางไปรษณีย์ ให้ระบุหน้าซองถึงงานการเจ้าหน้าที่ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค เลขที่ ๘๘/๒๑ หมู่ ๔ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ วงเล็บมุมซอง “ใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน” ตั้งแต่วันที่ ๑๑ มีนาคม - ๑๐ เมษายน ๒๕๖๗ โดยถือวันที่ซึ่งทำการไปรษณีย์ประทับตรารับเป็นสำคัญ

๓. แบบใบสมัครขอโอน สามารถดาวน์โหลดแบบใบสมัครขอโอนได้ที่เว็บไซต์กองบริหารทรัพยากรบุคคล <https://ddc.moph.go.th/dhrm/> หัวข้อ “หลักเกณฑ์ วิธีการเงื่อนไขการย้าย การโอน หรือการเลื่อนข้าราชการพลเรือนสามัญ” หัวข้อย่อย “แบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง” ชื่อแบบฟอร์ม “หนังสือขอย้ายหรือขอโอน (สำหรับผู้ขอย้ายหรือโอนในตำแหน่งทุกประเภทและทุกระดับตำแหน่ง) ใช้สำหรับการขอประเมินเพื่อย้ายหรือโอนมาแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการและตำแหน่งประเภททั่วไป” หรือตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

๔. เอกสารที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัครขอโอน ประกอบด้วย

๔.๑ สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๔.๒ สำเนา ก.พ.๗ จำนวน ๑ ชุด

๔.๓ สำเนาหลักฐานการศึกษาซึ่งตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งที่ขอโอน จำนวน ๑ ฉบับ

๔.๔ สำเนาหลักฐานอื่น ๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อตัว หรือชื่อสกุล (ถ้ามี) จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดแจ้งให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณ

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

โทร ๐ ๒๕๙๐ ๓๓๒๕

โทรสาร ๐ ๒๕๙๑ ๘๔๑๓



หนังสือขอย้ายหรือขอโอน

(สำหรับผู้ขอย้ายหรือขอโอนทุกประเภทและระดับตำแหน่ง)

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.....

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 (ข้อนี้สำหรับผู้ที่ขอย้าย/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...../...../.....

สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอน ความรู้ความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานเด่น (จำนวน ๑-๓ เรื่อง)
สำหรับผู้ที่ย้าย/โอน มาดำรงตำแหน่งในสายงานที่ไม่จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกันกับตำแหน่งที่ตนเองดำรงอยู่
เท่านั้น

ลำดับที่ ๑

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(ลงชื่อ)
(.....)
ผู้เสนอผลงาน
...../...../.....

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

(ลงชื่อ)
(.....)
ผู้บังคับบัญชา
...../...../.....

ลำดับที่ ๒ (ถ้ามี แสดงรายละเอียดเช่นเดียวกับลำดับที่ ๑)

หมายเหตุ เป็นการสรุปสาระสำคัญ ขั้นตอน ความรู้ความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติงานของผลงานที่ผ่านมา
ซึ่งเพียงพอที่จะแสดงให้เห็นว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ที่จะปฏิบัติในตำแหน่งที่จะย้ายหรือ
โอนได้ หรืออาจกำหนดให้ส่งรายละเอียดของผลงานดังกล่าวก็ได้



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 ในกรณีที่ระยะเวลา
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.....