



ที่ สธ ๐๔๒๐/ว

๑๗๕

ถึง กอง/สถาบัน/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค/สำนักและหน่วยงานระดับกองในสังกัดกรมควบคุมโรค/
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

ด้วยกรมควบคุมโรค โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ มีความประสงค์
จะรับย้ายหรือรับโอนข้าราชการ ดังนี้

๑. ตำแหน่งที่จะรับย้ายหรือรับโอน

ตำแหน่งนายแพทย์ ระดับปฏิบัติการ หรือชำนาญการ หรือชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม
ป้องกัน) ตำแหน่งเลขที่ ๒๐๔๓ กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สำนักงานป้องกัน
ควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์

๒. การยื่นใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน

ยื่นได้ตั้งแต่วันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๙ โดยสามารถยื่น
ด้วยตนเองหรือยื่นทางไปรษณีย์ ดังนี้

๒.๑ ยื่นด้วยตนเอง ที่งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มบริหารทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓
จังหวัดนครสวรรค์ ตำบลนครสวรรค์ตก อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์

๒.๒ ยื่นทางไปรษณีย์ โดยเจ้าหน้าที่ของถึง งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มบริหารทั่วไป สำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ เลขที่ ๕๑๖/๖๖ หมู่ ๑๐ ตำบลนครสวรรค์ตก อำเภอเมืองนครสวรรค์
จังหวัดนครสวรรค์ ๖๐๐๐๐ วงเล็บมุมซองว่า "ใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน"

๓. **แบบฟอร์มใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน** สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มใบสมัคร ได้ตาม
QR Code ท้ายหนังสือฉบับนี้

๔. เอกสารที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร ประกอบด้วย

- | | |
|--|---------------------|
| ๑) สำเนาบัตรประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒) สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓) สำเนาทะเบียนประวัติ ก.พ.๗ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๔) สำเนาหลักฐานการศึกษาซึ่งตรงตามคุณสมบัติเฉพาะ
สำหรับตำแหน่งที่ขอย้ายหรือขอโอน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๖) สำเนาหลักฐานอื่นๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อตัว
หรือชื่อสกุล (ถ้ามี) | จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ |

๕. การพิจารณาคัดเลือกผู้สมัครขอย้ายหรือขอโอน

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ จะพิจารณาจากใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน และเอกสารที่ยื่นพร้อมใบสมัคร ทั้งนี้ อาจให้มีการสอบสัมภาษณ์เพิ่มเติม เพื่อประกอบการพิจารณาคัดเลือกฯ ดังกล่าว หากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ สรรหาบุคคลไปดำรงตำแหน่งดังกล่าวได้แล้ว ให้ถือว่าสิ้นสุดสำหรับการรับย้ายหรือรับโอน ตำแหน่งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดแจ้งให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณ



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์
โทร. ๐ ๕๖๒๒ ๑๘๒๒ ต่อ ๑๓๔

แบบฟอร์มใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน



<https://shorturl-ddc.moph.go.th/๖XDnr>

อัตลักษณ์ : ชื่อสัตย์ เสียสละ รับผิดชอบ