



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล โทร. ๐-๕๕๖๑-๐๐๖๘

ที่ สท ๐๐๓๒.๐๑๑/ว๐๗๗๖

วันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การรับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อรับย้ายข้าราชการ
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน, สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ
และหัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย มีตำแหน่งว่าง จำนวน ๒ ตำแหน่ง และมีความประสงค์
จะรับสมัครเพื่อย้ายมาดำรงตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุข ระดับ ปฏิบัติงาน/ชำนาญงาน และนักวิชาการ
สาธารณสุข ระดับ ปฏิบัติการ/ชำนาญการ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โดยจะรับสมัครในวันและ
เวลาราชการ ตั้งแต่วันที่ ๑๒ - ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๔

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย จึงขอให้ท่านประชาสัมพันธ์การรับสมัครเพื่อรับย้าย
ครั้งนี้ให้ข้าราชการในสังกัดท่านทราบ ซึ่งผู้สนใจสามารถเข้าไปดูรายละเอียดประกาศรับสมัครได้ที่เว็บไซต์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย หรือที่ www.skto.moph.go.th

จึงเรียนมาเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ต่อไปด้วย

(นางเพชรรัตน์ กิจสนาโยธิน)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย



ประกาศคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ
เรื่อง รับย้ายข้าราชการมาดำรงตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุข ระดับ ปฏิบัติงาน/ชำนาญงาน
นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ ปฏิบัติการ/ชำนาญการ
สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ด้วย คณะกรรมการคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานให้ดำรงตำแหน่งประเภท
วิชาการ ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ ที่ อ.ก.พ.สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งจะดำเนินการ
คัดเลือกข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งว่างเพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่อ.ก.พ.สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ จึงประกาศรับสมัครคัดเลือก โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ก.ตำแหน่งที่รับย้าย

๑. ตำแหน่งเลขที่ ๑๙๕๒๐๖ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุข ระดับ ปฏิบัติงาน/
ชำนาญการ สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่สุขเกษม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกงไกรลาศ
จังหวัดสุโขทัย
๒. ตำแหน่งเลขที่ ๙๔๐๗๘ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ ปฏิบัติการ/ชำนาญการ
สังกัด กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสวรรคโลก สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ข.คุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการคัดเลือก

๑. มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งที่ ก.พ. กำหนด ในตำแหน่ง
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ และ เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน และ
๒. ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องตามที่ส่วนราชการเจ้าสังกัดเห็นว่าเหมาะสมกับหน้าที่ ความ
รับผิดชอบและลักษณะงานที่ปฏิบัติมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี

ค.กำหนดการวิธีการรับสมัคร

ให้ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกยื่นใบสมัครและเอกสารต่างๆได้ที่กลุ่มงาน
บริหารทรัพยากรบุคคล ชั้น ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตั้งแต่วันที่ ๑๒ - ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๔
ในวันและเวลาราชการ

ง.เอกสารที่ยื่นพร้อมใบขอย้าย

๑. ใบขอย้าย ฉบับจริง จำนวน ๑ ชุด และสำเนา ๗ ชุด พร้อมแนบ ก.พ.๗ และวุฒิการศึกษา
สูงสุด

๒. เอกสารการนับระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่ขอเกื้อกูลในตำแหน่ง
ที่ขอย้าย จำนวน ๓ ชุด (กรณีดำรงตำแหน่งไม่ตรงกับตำแหน่งที่รับย้าย)
หมายเหตุ : เอกสารที่เป็นสำเนาต้องลงนามรับรองความถูกต้องทุกฉบับ

จ.หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก

๑. ผู้สมัครต้องรับรองคุณสมบัติของตนเองว่ามีคุณสมบัติครบถ้วนที่จะแต่งตั้งให้ดำรง
ตำแหน่งนับจนถึงวันปิดรับสมัคร

๒. การพิจารณาคัดเลือกคณะกรรมการจะพิจารณาจากใบสมัคร ผลงาน ประวัติการรับ
ราชการ ทั้งนี้ อาจใช้วิธีการสัมภาษณ์หรือวิธีอื่นใดเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะแสดงออกถึงความรู้
ความสามารถ และความเหมาะสมของผู้สมัครตามที่ได้ประกาศไว้ โดยผู้ได้รับคัดเลือกต้องได้คะแนนไม่น้อย
กว่าร้อยละ ๖๐

ฉ.การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก และกำหนดวัน เวลา สถานที่คัดเลือก

คณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก
พร้อมกำหนดวัน เวลา และสถานที่คัดเลือก ในตำแหน่งที่รับย้ายภายในเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๔ ที่เว็บไซต์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
หรือโทรสอบถามที่หมายเลข ๐ ๕๕๖๑ ๐๐๖๘

ช.การแต่งตั้ง

คณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ จะเสนอรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือกตำแหน่งละ ๑ คน
ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย พิจารณาให้ความเห็นชอบแล้วจึงจะดำเนินการออกคำสั่งย้ายต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๕ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๔



(นายปองพล วรปานี)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
ประธานคณะกรรมการคัดเลือก

ใบขอย้าย (ภายในจังหวัด)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน

1. ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....

วุฒิ.....ได้บรรจุเข้ารับราชการครั้งแรกเมื่อวันที่.....

เดือน.....พ.ศ.....ในตำแหน่ง.....

ส่วนราชการ.....

2. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง.....

รับเงินเดือนขั้น.....บาท ส่วนราชการ.....

ปฏิบัติงานจริงที่.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

3. ข้าพเจ้าเป็นผู้เคยได้รับอนุมัติให้เข้าศึกษาในหลักสูตร.....

ที่.....เมื่อ.....เป็นเวลา.....ปี

มีสัญญาต้องปฏิบัติราชการชดใช้ทุน.....ปี ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ปัจจุบันข้าพเจ้ายังต้องรับราชการชดใช้ทุนที่

(ส่วนราชการ).....

4. ข้าพเจ้าได้รับอนุมัติให้เบิกค่าเช่าบ้านเดือนละ.....บาท เพื่อ

() ชำระค่าเช่าบ้าน () ค่าเช่าซื้อบ้าน

5. ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่ง.....

ระดับ.....ประจำ 1.

2.

3.

เหตุผลในการขอย้าย.....

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว จำนวน.....ฉบับ

6. ตามที่ข้าพเจ้าได้ขอย้ายไปดำรงตำแหน่ง.....

(ส่วนราชการ).....

หากปรากฏว่าตำแหน่งที่ข้าพเจ้าจะขอย้ายไปเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรงอยู่ ข้าพเจ้า

() ยินยอมลดระดับ () ไม่ยินยอมลดระดับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ตามที่ (นาย, นาง, นางสาว).....

ตำแหน่ง.....ประจำ.....

มีความประสงค์ขอย้ายไปปฏิบัติราชการที่.....นั้น

โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ.....

- () ขอเจ้าหน้าที่ทดแทนทันที
- () ขอเจ้าหน้าที่ทดแทนภายหลัง
- () ไม่ขอเจ้าหน้าที่ทดแทน

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

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

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ส่วนราชการรับย้าย)

ตามที่ (นาย, นาง, นางสาว).....

ตำแหน่ง.....ประจำ.....

มีความประสงค์ขอย้ายมาปฏิบัติราชการที่.....นั้น

โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ.....

- () ยินดีรับย้ายไว้ปฏิบัติราชการที่.....
- () ไม่ยินดีรับ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

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

- หมายเหตุ**
1. กรณีขอย้ายติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งย้าย หรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส
 2. กรณีขอย้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนา
 3. กรณีขอย้ายเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณีที่บิดา มารดา อายุต่ำกว่า 65 ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองแพทย์ด้วย
 4. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หรือสาธารณสุขอำเภอ หรือหัวหน้างาน/กลุ่มงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้รับรองของผู้บังคับบัญชา แล้วแต่กรณี