



ประกาศคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ  
เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อรับย้าย  
ให้ดำรงตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ ๙๓๖๘๗  
ในสังกัด กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย มีความประสงค์จะรับย้าย ข้าราชการพลเรือนสามัญ มาแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งว่างของกลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย จำนวน ๑ ตำแหน่ง ดังนี้

**ก. ตำแหน่งที่รับสมัคร**

**รับสมัครเพื่อรับย้าย**

- ตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชี ระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ ๙๓๖๘๗  
กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

**ข. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการคัดเลือก**

มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตามมาตรฐานการกำหนดตำแหน่งตามที่ ก.พ. กำหนด

**ค. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร**

ให้ผู้ประสงค์จะสมัครเพื่อย้าย และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้ด้วยตนเองที่กลุ่มงานบริหาร ทรัพยากรบุคคล ชั้น ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตั้งแต่วันที่ ๒๑ ตุลาคม ถึงวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ในวันและเวลาราชการ

**ง. เอกสารที่ต้องยื่นประกอบการรับย้าย**

๑. ใบขอย้าย ที่ได้ผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นจากหน่วยงานต้นสังกัดของผู้ขอย้าย (ตัวจริงจำนวน ๑ ชุด และสำเนาจำนวน ๓ ชุด)

๒. แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล กรณีเป็นสายงานที่ไม่ได้จัดอยู่ใน กลุ่มตำแหน่งเดียวกัน (ตัวจริงจำนวน ๑ ชุด และสำเนาจำนวน ๓ ชุด)

๓. เอกสารประกอบการพิจารณาขอขึ้นระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่ขอเกือกลงกับ ตำแหน่งที่ขอประเมิน (ตัวจริงจำนวน ๑ ชุด และสำเนาจำนวน ๓ ชุด)

๓. เอกสารอื่นๆ

**จ. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก**

วิธีการคัดเลือก คณะกรรมการคัดเลือกฯ จะพิจารณาจากเอกสารใบสมัครผลงาน ประวัติการ รับราชการ การสัมภาษณ์ และพิจารณาจากองค์ประกอบ ดังนี้

๑. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการ ฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย (๒๐ คะแนน)

๒. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับ ตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง (๖๐ คะแนน)

๓. อื่นๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะคิด เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์

(๒๐ คะแนน)



ฉ. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการศึกษา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โดยคณะกรรมการคัดเลือกฯ จะคัดเลือกข้าราชการที่มีความรู้ความสามารถเหมาะสม โดยจะส่งผลการพิจารณาคัดเลือกให้ผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัยให้ความเห็นชอบ และดำเนินการย้ายให้ดำรงตำแหน่งดังกล่าวข้างต้น และจะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการศึกษา ภายในวันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ณ เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โทรสอบถามที่หมายเลข ๐ ๕๕๖๑ ๐๐๖๘ ในวันและเวลาราชการ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๕



(นายปองพล วรปานิ)  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย  
ประธานคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ

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 และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแล อย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองแพทย์ด้วย
  4. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หรือสาธารณสุขอำเภอ หรือหัวหน้างาน/กลุ่มงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้รับรองของผู้บังคับบัญชา แล้วแต่กรณี

## แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

ของ

.....(ชื่อ-สกุล).....

ตำแหน่ง..... (ด้าน.....)

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

ประเมินบุคคลเพื่อย้าย/ โอน ไปแต่งตั้งให้ดำรง

ตำแหน่ง..... (ด้าน.....)

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....



## แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

### ๑. แบบแสดงข้อมูลส่วนบุคคล

๑. ชื่อผู้ขอประเมิน .....
๒. ตำแหน่งปัจจุบัน .....ระดับ.....(ด้าน.....(ถ้ามี))  
ตำแหน่งเลขที่ .....สังกัด ฝ่าย/กลุ่ม/ส่วน .....  
กอง/สำนัก/สถาบัน/ศูนย์ ..... กรม .....
๓. ตำแหน่งที่ขอประเมิน .....ระดับ.....(ด้าน.....(ถ้ามี))  
ตำแหน่งเลขที่ .....สังกัด ฝ่าย/กลุ่ม/ส่วน .....  
กอง/สำนัก/สถาบัน/ศูนย์ ..... กรม .....
๔. ประวัติส่วนตัว (จาก ก.พ. ๗)  
เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... อายุ .....  
อายุราชการ .....ปี ..... เดือนปีเกษียณ.....
๕. ประวัติการศึกษา  
คุณวุฒิและวิชาเอก .....ปีที่สำเร็จการศึกษา .....สถาบัน  
(ชื่อปริญญา) .....  
.....
๖. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) (ชื่อใบอนุญาตและเลขที่ใบอนุญาต .....)  
วันออกใบอนุญาต .....วันหมดอายุ .....
๗. ประวัติการรับราชการ (จากเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน แสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง  
ในระดับสูงขึ้นแต่ละระดับ และการเปลี่ยนแปลงในการดำรงตำแหน่งในสายงานต่าง ๆ)  
วัน เดือน ปี ตำแหน่ง สังกัด  
.....  
.....
๘. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน  
ปี ระยะเวลา หลักสูตร สถาบัน  
.....  
.....
๙. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (เคยปฏิบัติงานเกี่ยวกับอะไรบ้างที่นอกเหนือจากข้อ ๗ เช่น  
เป็นหัวหน้าโครงการ หัวหน้างาน กรรมการ อนุกรรมการ วิทยากร อาจารย์พิเศษ เป็นต้น)  
.....
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....(ผู้ขอประเมิน)

(.....)

(วันที่) ...../...../.....

หมายเหตุ ข้อ ๑ - ๙ ให้ผู้ขอประเมินเป็นผู้กรอกข้อมูล พร้อมทั้งแนบสำเนาเอกสารที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงานการเจ้าหน้าที่เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง



เอกสารประกอบการพิจารณาขอขึ้นระยะเวลาของตำแหน่งที่ขอประเมิน

ของ นาย/นาง/นางสาว ..... ตำแหน่ง ..... ตำแหน่งเลขที่ .....

ส่วนราชการ (ระบุงาน/ฝ่าย/กลุ่ม/หอ/สสอ./รพ./สสจ.) .....

ประเมินเพื่อดำรงตำแหน่ง ..... ตำแหน่งเลขที่ ..... ส่วนราชการ .....

ชื่อ-สกุล/ตำแหน่งปัจจุบัน/วุฒิ	ช่วงเวลาดำรงตำแหน่งที่ขอเลื่อน	ตำแหน่ง/ลักษณะงานที่ปฏิบัติในตำแหน่งที่ขอเลื่อน	ระยะเวลาที่ขอเลื่อน	จำนวนผู้ร่วมดำเนินการ	สัดส่วนที่ผู้ขอเลื่อนได้ปฏิบัติงาน %	ตำแหน่ง/ลักษณะงานของตำแหน่งที่ขอประเมิน	ผู้รับรอง (เซ็นทุกหน้า)
เป็นช่วงระยะเวลาการดำรงตำแหน่งที่ขอเลื่อนทั้งหมด	เป็นการดำรงตำแหน่งที่ขอเลื่อนแยกเป็นแต่ละระดับ ตำแหน่งที่ ๑..ระดับ... มีลักษณะงานที่ปฏิบัติ .....	เป็นระยะเวลาเฉพาะที่ดำรงตำแหน่งแต่ละระดับ .....	* รวม ระยะเวลาของแต่ละตำแหน่ง แล้วจะต้องมี ยอดรวมเท่ากับ ช่องที่ ๒	ผู้เข้าร่วมปฏิบัติงานของแต่ละงาน	96	เป็นลักษณะงานที่ไปดำรงตำแหน่งใหม่ โดยแยกเป็นแต่ละระดับให้ตรงตามลักษณะงานที่ปฏิบัติตามมาตรฐาน กำหนดตำแหน่ง	(.....) ผู้ขอประเมิน วัน/เดือน/พ.ศ. .... (.....) ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแล การปฏิบัติงาน วัน/เดือน/พ.ศ. .... (.....) ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป ๑ ระดับ วัน/เดือน/พ.ศ. ....