



ประกาศศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก
เรื่อง รับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ

ด้วยศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก มีความประสงค์จะรับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญเพื่อ
แต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในสังกัดศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. ตำแหน่งที่รับโอน

ตำแหน่งนายแพทย์ ระดับปฏิบัติการ หรือชำนาญการ หรือชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่
๔๕๓ กลุ่มเทคนิคบริการและวิชาการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก จำนวน ๑ ตำแหน่ง

๒. คุณสมบัติทั่วไปและคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งของผู้มีสิทธิขอโอน

๒.๑ คุณสมบัติทั่วไป

๑) เป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ มีคุณสมบัติทั่วไปและไม่มีคุณสมบัติต้องห้าม
ตามมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑

๒) ไม่อยู่ระหว่างถูกกล่าวหา ร้องเรียน หรือถูกลงโทษ หรือเคยถูกลงโทษทางวินัย
หรือทางอาญา

๒.๒ คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง

๑) มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งที่ ก.พ.กำหนดว่าใช้เป็นคุณสมบัติเฉพาะ
สำหรับตำแหน่งนี้ได้

๒) มีประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่ง

๓. การแสดงความประสงค์ขอโอน

๓.๑ ยื่นแบบคำร้องขอโอนด้วยตนเอง ให้ยื่นแบบคำร้องขอโอนพร้อมเอกสารและหลักฐาน
ด้วยตัวเองที่งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มอำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก ชั้น ๒ ตึกอำนวยการ
หรือทางไปรษณีย์ลงทะเบียน ส่งถึงศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก เลขที่ ๒๑ หมู่ ๔ ตำบลมะขามสูง อำเภอเมือง
จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐ (รับโอน งานการเจ้าหน้าที่) โดยถือวันประทับตราเป็นสำคัญ ตั้งแต่บัดนี้ถึงวันที่
๓๑ มีนาคม ๒๕๖๘ ในวันและเวลาราชการ

ทั้งนี้ ผู้ประสงค์ขอโอน สามารถดาวน์โหลดแบบหนังสือขอโอน ได้ที่ เว็บไซต์ศูนย์อนามัยที่ ๒
พิษณุโลก <https://hpc2.anamai.moph.go.th/th> หัวข้อ ประกาศรับสมัครงาน และสามารถสอบถาม
รายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มอำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก เบอร์โทรศัพท์
๐ ๕๕๙๙ ๓๐๐๐ - ๒ ต่อ ๑๑๑

๔. เอกสารและหลักฐานประกอบการขอโอน

๔.๑ แบบหนังสือขอโอน

๔.๒ รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก และไม่สวมแว่นตา ขนาด ๑ นิ้ว (ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี นับถึงวันที่ยื่นแบบขอโอน) จำนวน ๑ รูป

๔.๓ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ (บัตรข้าราชการ) และสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๔.๔ สำเนา ก.พ. ๗ ที่มีข้อมูลปัจจุบัน จำนวน ๑ ฉบับ

๔.๕ สำเนาวุฒิการศึกษา และสำเนาระเบียนแสดงผลการศึกษา (Transcript) จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๔.๖ สำเนาหลักฐานอื่นๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อตัว หรือชื่อสกุล (ถ้ามี) จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ
ทั้งนี้ สำเนาเอกสารหลักฐานทุกฉบับ ให้ผู้ประสงค์ขอโอน เขียนคำรับรองว่า "สำเนาถูกต้อง" และลงชื่อกำกับไว้ด้วย

๕. วิธีการคัดเลือก

ศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก จะคัดเลือกผู้มีคุณสมบัติ ความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ที่เหมาะสมอันเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน โดยพิจารณาจากแบบหนังสือขอโอน ประวัติส่วนตัว ประวัติการศึกษา ประวัติการทำงาน และอาจมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติม ซึ่งจะแจ้งวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ให้ทราบภายหลัง

ประกาศ ณ วันที่ ๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



(นางสาวไสวรรณ ไผ่ประเสริฐ)

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก

หนังสือขอโอน

เขียนที่

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง ขอโอนมารับราชการ

เรียน อธิบดีกรมอนามัย

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)
เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. (อายุ.....ปีเดือน) (นับถึงวันที่ยื่นขอโอน)
เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัด)
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....
E-Mail.....

๒. ปัจจุบันเป็นข้าราชการประเภท
ตำแหน่ง.....ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....
ส่วนราชการ.....
ดำรงตำแหน่งนี้เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. อัตราเงินเดือน.....บาท
ปฏิบัติราชการจริงที่.....

๓. ขอโอนมาดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....
ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....
เหตุผลในการขอโอน.....

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว จำนวน..... ฉบับ

๔. ประวัติการศึกษา (ให้ระบุตั้งแต่เริ่มการศึกษาที่ใช้บรรจุ จนถึงวุฒิการศึกษาสูงสุด)

คุณวุฒิ และสาขาวิชาเอก (ชื่อปริญญา/ประกาศนียบัตร)	ปีที่สำเร็จ การศึกษา	สถาบัน

๕. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) (ชื่อใบอนุญาต).....
วันออกใบอนุญาต..... วันหมดอายุ.....

๖. ประวัติการรับราชการ (ให้ระบุตั้งแต่เริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน โดยให้แสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้ง
ให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น และการเปลี่ยนแปลงในสายงาน และส่วนราชการ)

วัน/เดือน/ปี	ตำแหน่ง/ระดับ	อัตราเงินเดือน	สังกัด

๗. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน (ให้ระบุเฉพาะที่มีใบประกาศนียบัตร พร้อมแนบประกาศนียบัตร)

ปี	ระยะเวลา	หลักสูตร	หน่วยงานที่จัดอบรม

๘. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งปัจจุบัน

- (๑)
- (๒)
- (๓)

๙. ขณะนี้ ☐ อยู่ในระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ ☐ พ้นจากการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ
- ☐ อยู่ในระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดูงาน หลักสูตร.....
- ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ถึงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
- ☐ ไม่อยู่ในระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม /ดูงาน
- ☐ อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานขอใช้ทุนหลักสูตร
- ต้องปฏิบัติงานขอใช้ทุน.....ปี ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
- ถึงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
- ☐ ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ
- ☐ เป็นสมาชิก กบข. ประเภท ☐ สะสม ☐ ไม่สะสม
- ☐ ไม่เป็นสมาชิก กบข.

๑๐. ☐ ไม่เคยผ่านการประเมินบุคคลและผลงานมาก่อน

- ☐ เคยผ่านการประเมินบุคคลและผลงาน

โดยวิธีการ ☐ สอบหรือประเมินตาม ว ๓๔/๔๗ , ว๑๓/๖๔ ในตำแหน่ง.....

เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

☐ สอบหรือประเมินตาม ว ๑๖/๓๘ , ว ๑๐/๔๘ , ว๑๔/๖๔ , ว๕/๖๗

ในตำแหน่ง.....เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

๑๑. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอโอนเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรงตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

- ☐ ยินยอมที่จะโอนมารับราชการ ☐ ไม่ยินยอมที่จะโอนมารับราชการ

๑๒. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น

ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

- ☐ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอน ☐ ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)ผู้ขอโอน
(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
ระดับ..... ส่วนราชการ
เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว).....
เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ มีความสนใจ
และอุตสาหะ ในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

๑. กรณีขอโอนติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งย้ายหรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส
๒. กรณีขอโอนกลับภูมิลำเนาเดิม ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม
๓. กรณีขอโอนเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณีที่บิดา มารดา อายุต่ำกว่า ๖๕ ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองจากแพทย์ด้วย
๔. กรณีขอโอนไปดำรงตำแหน่ง ที่ต้องมีใบประกอบวิชาชีพให้แนบสำเนาใบประกอบวิชาชีพด้วย
๕. กรณีผู้สมัครขอโอนดำรงตำแหน่งต่างสายงานและไม่จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน (ตามหนังสือสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๘/๑๙๒๔ ลงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗) ให้ส่งแบบประเมินบุคคล และแบบแสดงรายละเอียดประกอบการพิจารณาว่าระยะเวลาการดำรงตำแหน่งหรือเคยดำรงตำแหน่ง ในสายงานอื่นซึ่งมีลักษณะงานเชิงวิชาการหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้องหรือเกี่ยวเนื่องมานับรวมเป็นระยะเวลาขั้นต่ำ ในการดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้ง มาพร้อมหนังสือขอโอนด้วย
๖. แนบสำเนาบัตรข้าราชการและสำเนาประวัติการรับราชการ (ก.พ.๗) ที่เป็นปัจจุบัน มาพร้อมหนังสือขอโอนด้วย