



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร. ๐๕๕๖๕ ๓๑๕๕ ต่อ ๒๐๐

ที่ พร. ๐๐๓๒.๐๑๐/๐๒๖๑๕ วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๑

เรื่อง การย้ายข้าราชการในจังหวัด รอนที่ ๑/๒๕๖๒

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน/สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง
หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ จะดำเนินการพิจารณาการย้ายข้าราชการในสังกัด
รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (คำสั่งมีผลตั้งแต่วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒) เพื่อให้การดำเนินการ
เป็นไปตามหลักเกณฑ์การย้ายของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเป็นไปตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ
บริหารบุคคลและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดแพร่ ครั้งที่ ๖ วาระพิเศษ/๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๕๙
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ จึงขอให้หน่วยงานดำเนินการ ดังนี้

๑. ให้ผู้ประสงค์ขอย้ายกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มใบขอย้าย (เอกสารหมายเลข ๑)

๒. ให้หน่วยงานที่มีผู้ประสงค์ขอย้าย (ต้นทาง) กรอกข้อมูลในบัญชีรายละเอียดผู้ขอย้าย
สถานที่ปฏิบัติราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒ โดยประสานหน่วยงานที่ผู้ประสงค์ขอย้ายไป (ปลายทาง) เพื่อพิจารณา
กรอกข้อมูลผลการพิจารณาของหน่วยงานปลายทาง และจำนวนผู้ปฏิบัติงานจริงของหน่วยงานปลายทางลงใน
บัญชีรายละเอียดผู้ขอย้ายสถานที่ปฏิบัติราชการรอบที่ ๑/๒๕๖๒ (เอกสารหมายเลข ๒)

๓. ให้หน่วยงานที่มีผู้ประสงค์ขอตัดโอนตำแหน่งและอัตราเงินเดือนให้ตรงกับสถานที่ปฏิบัติงานจริง
กรอกข้อมูลในบัญชีรายละเอียดการขอตัดโอนตำแหน่งและอัตราเงินเดือนให้ตรงกับสถานที่ปฏิบัติงานจริงครั้งที่
๑/๒๕๖๒ (เอกสารหมายเลข ๓) โดยให้ประสานหน่วยงานตาม จ.๑๘ เพื่อพิจารณากรอกข้อมูลผลการพิจารณา
ของหน่วยงาน

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ขอให้ท่านแจ้งให้ข้าราชการในสังกัดที่มีความประสงค์
ขอย้ายและตัดโอนตำแหน่ง ดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น โดยให้ยื่นใบขอย้ายผ่านผู้บังคับบัญชา
ตามลำดับชั้น พร้อมแนบหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาขอย้าย และขอให้หน่วยงานจัดทำบัญชีรายละเอียด
ผู้ขอย้าย ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ ส่งถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ภายในวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการตามกระบวนการ รวมทั้งส่งเอกสารหลักฐานการขอย้ายและ
การตัดโอนตำแหน่ง ให้ครบถ้วนตามที่กำหนด หากส่งเอกสารล่าช้าและไม่ครบถ้วนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
จะไม่รับพิจารณาขอย้ายและตัดโอนตำแหน่งในรอบนี้

(นายจร วินัยพานิช)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่

ใบขอย้าย / โอน

เอกสารหมายเลข 1

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดแพร่

1. ข้าพเจ้า.....วุฒิ.....

ใบอนุญาต วุฒิบัตร.....

2. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่งระดับ.....

ตำแหน่งเลขที่..... ส่วนราชการ

ดำรงตำแหน่งเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. อัตราเงินเดือนปัจจุบันบาท

ปฏิบัติราชการจริงที่.....

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

ขณะนี้

อยู่ในระหว่างการลาศึกษา / ฝึกอบรม / หรือดูงาน หลักสูตร
ตั้งแต่วันที่ เดือน..... พ.ศ. ถึงวันที่ เดือน..... พ.ศ.

ไม่อยู่ในระหว่างการลาศึกษา / ฝึกอบรม / ดูงาน

อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานชดใช้ทุนหลักสูตร.....
ต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุน ปี ตั้งแต่วันที่ เดือน..... พ.ศ.
ถึงวันที่ เดือน..... พ.ศ.

ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

3. ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่ง ระดับ.....

ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอย้าย

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลพร้อมนี้แล้วจำนวน ฉบับ โดยยินยอมให้ตัดโอนตำแหน่ง
และอัตราเงินเดือนตามตัวไปตั้งจ่าย

4. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรง

ตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

ยินยอมลดระดับ

ไม่ยินยอมลดระดับ

5. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

- ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย
- มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน
- อยู่ในระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน
- มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอนำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

6. ในการขอย้ายครั้งนี้หากทางราชการอนุญาตให้ย้ายได้ ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย / ใน ที่ต้องการ)

- 6.1 เงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว ขอเบิก ไม่ขอเบิก
- 6.2 เงินค่าพาหนะเดินทาง ขอเบิก ไม่ขอเบิก
- 6.3 เงินค่าเบี้ยเลี้ยง ขอเบิก ไม่ขอเบิก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย
(.....)

คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่

ตามที่ (นาย , นาง , นางสาว)

ตำแหน่ง.....มี

ความประสงค์ขอย้ายไปดำรงตำแหน่งทางจังหวัด..... นั้น ได้พิจารณา

- ให้เบิกตามรายการที่ระบุใน 6
- ให้เบิกเฉพาะรายการที่
- ไม่ให้เบิกทุกรายการที่ระบุใน 6

(ลงชื่อ).....

(.....)

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

- หมายเหตุ**
1. กรณีขอย้ายติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งย้ายหรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส
 2. กรณีขอย้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม
 3. กรณีขอย้ายเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณีที่บิดา มารดา อายุต่ำกว่า 65 ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองจากแพทย์ด้วย
 4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการกอง หรือ หัวหน้าหน่วยราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้เป็นผู้ให้คำรับรอง เบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับ ตำแหน่งใหม่ แล้วแต่กรณี

บันทึกประกอบการขอย้าย / โอน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ส่วนราชการ.....

มีความประสงค์จะขอย้าย / โอน ไปรับราชการที่

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
แต่ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย / โอน

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอนไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่าง ประเมินผลงาน
ทางวิชาการ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่โดยขอให้นำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิม
ขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย / โอน
วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานเจ้าหน้าที่
วันที่.....

