



กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ 5862
วันที่ 28 ต.ค 65
เวลา 10.59 น.

ที่ กส ๐๐๓๓.๒/ ๗๗๖

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
ถนนกาฬสินธุ์ ๔๖๐๐๐

๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง รับย้าย/รับโอน ข้าราชการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ทุกแห่ง
และหัวหน้าส่วนราชการทุกส่วนราชการ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
๒. ใบขอย้าย/ใบขอโอน

จำนวน ๑ ชุด

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีความประสงค์จะรับย้าย/รับโอน ข้าราชการพลเรือนสามัญไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่ง เลขที่ ๗๐๗๙๑ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รายละเอียดตามประกาศโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สามารถดาวน์โหลดได้ที่ www.klsh.moph.go.th หัวข้อ “ข่าวบุคลากร สมัครสอบ” หากผู้ใดประสงค์ขอย้าย/โอน ไปแต่งตั้งดำรงตำแหน่งดังกล่าวขอให้ยื่นใบขอย้าย/ ใบขอโอน ผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับ ส่งถึงกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้ตั้งแต่วันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๕ ในวันและเวลาราชการ โดยจะถือวันที่ลงรับหนังสือของ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นสำคัญ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดทราบ
ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ

ขอแสดงความนับถือ

- ☒ เพื่อโปรดทราบ
☒ เพื่อโปรดพิจารณา
☒ เห็นชอบ *รพ.กาฬสินธุ์*
☐ อื่นๆ

สม
28 ต.ค. 65

พยอมใส

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
โทร. ๐๔๓-๘๑๑๕๒๐ ต่อ ๑๙๔๕
โทรสาร. ๐๔๕-๘๑๒๙๖๒

สว ✓

(นายสุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

16/10
สว

(นายราเชษฎ์ เชิงพนม)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ
28 ต.ค. 2565



ประกาศโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

เรื่อง รับสมัครเพื่อรับย้าย/รับโอน ข้าราชการพลเรือนสามัญ ไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์
ประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ด้วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีความประสงค์จะ
ดำเนินการคัดเลือกเพื่อรับย้าย/รับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ ไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์
ประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ กลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและ
ตติยภูมิ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

๑. ตำแหน่งที่รับสมัคร

๑.๑ ตำแหน่งเลขที่ ๗๐๗๔๑

๒. คุณสมบัติที่รับสมัคร

- ๒.๑ มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์
- ๒.๒ ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ/ระดับชำนาญการ

๓. เอกสารที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร

- ๓.๑ แบบแสดงความประสงค์ขอย้าย/ขอโอน พร้อมลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน
- ๓.๒ คำรับรองของผู้บังคับบัญชายินยอมให้ข้าราชการในสังกัดย้าย/โอน
- ๓.๓ รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด ๑ x ๑.๕ นิ้ว จำนวน ๑ รูป
- ๓.๔ สำเนาทะเบียนประวัติการรับราชการ (กพ.๗) จำนวน ๑ ฉบับ
- ๓.๕ สำเนาวุฒิการศึกษา หรือระเบียบแสดงผลการศึกษา (Transcript) จำนวน ๑ ฉบับ
- ๓.๖ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ จำนวน ๑ ฉบับ
- ๓.๗ เอกสารอื่น (ถ้ามี) เช่น หนังสือเปลี่ยนชื่อตัว - ชื่อสกุล เป็นต้น

๔. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร

ให้ผู้มีสิทธิสมัครขอย้ายยื่นแบบแสดงความประสงค์ขอย้าย/ขอโอน พร้อมเอกสารในข้อ ๓
ดังนี้

๔.๑ การสมัครด้วยตนเอง ยื่นได้ที่กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
ตึกอำนวยการหลังใหม่ ชั้น ๓ ตั้งแต่วันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๕ ในวันและเวลา
ราชการ (๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.)

๔.๒ การสมัครทางไปรษณีย์ให้ส่ง EMS ไปยังกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
เลขที่ ๒๘๓ ถนนกาฬสินธุ์ ตำบลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ๔๖๐๐๐ ตั้งแต่วันที่ ๗ พฤศจิกายน
๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๕ เอกสารที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้รับในวันปิดรับสมัครจะไม่รับพิจารณา

๕. วิธีการคัดเลือก

- สัมภาษณ์ โดยคณะกรรมการของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
- สำหรับวัน เวลา และสถานที่สัมภาษณ์จะแจ้งให้ทราบภายหลัง

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายสุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ใบขอย้าย

เรียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน

1. ข้าพเจ้า.....วุฒิ.....

ใบอนุญาต.....วุฒิบัตร.....

2. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....

ส่วนงานเลขที่.....ส่วนราชการ.....

ดำรงตำแหน่งมีที่.....เดือน.....พ.ศ.....อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....บาท

ปฏิบัติงานราชการมี.....

เริ่มรับโอนที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขณะนี้ ☐ อยู่ระหว่างการศึกษา ผูกอบรม หรือดูงาน หลักสูตร.....
เริ่มวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

☐ ไม่อยู่ระหว่างการศึกษา ผูกอบรม ดูงาน

☐ อยู่ระหว่างปฏิบัติงานขอใช้ทุนหลักสูตร.....
ศึกษาปฏิบัติงานขอใช้ทุน.....ปี เริ่มวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

☐ ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

3. ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่ง.....ระดับ.....

ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอย้าย.....

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลพร้อมใบสืบค้นงาน.....ฉบับ

4. ขอกราบฎว่า ตำแหน่งที่จะขอถ่ายโอนเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรง
ตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

☐ ยินยอมลดระดับ ☐ ไม่ยินยอมลดระดับ

5. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นด้วยได้
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

☐ ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย

☐ ยินยอมประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ อยู่ระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ ยินยอมประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอนำผลประเมินวิชาการ
ที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

6. ในกรขอย้ายครั้งนี้ขอทราบว่าการอนุญาตให้ย้ายได้ ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย
ใน ☐ ที่ต้องการ)

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 6.1 ย้ายตำแหน่งของสำนักงาน | <input type="radio"/> ขอ | <input type="radio"/> ไม่ขอ |
| 6.2 ย้ายพาหนะเดินทาง | <input type="radio"/> ขอ | <input type="radio"/> ไม่ขอ |
| 6.3 ย้ายบัญชีเลข | <input type="radio"/> ขอ | <input type="radio"/> ไม่ขอ |

จึงเรียน ขื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย
(.....)

คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่

นาย/นาง/นาย/นางสาว.....

ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ขอย้ายไปดำรงตำแหน่งทางจังหวัด..... เริ่ม ได้พิจารณา

- ☐ ได้พิจารณาการที่ระบุใน 6
- ☐ ได้พิจารณาการที่.....
- ☐ ไม่ได้พิจารณาการที่ระบุใน 6

(ลงชื่อ).....
(.....)

- หมายเหตุ 1. กรณีขอย้ายตลอดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำแจ้งย้าย-เรื่องสิทธิ และการย้ายของคู่สมรส
2. กรณีขอย้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม
3. กรณีขอย้ายจากลูกสมรสเดิม มาขอ ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณีที่เป็นลูกสมรส
อายุต่ำกว่า 65 ปี และมีโรคประจำตัวที่ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองจากแพทย์ได้
4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการกอง หรือ
ผู้อำนวยการสำนักงานการสาธารณสุขจังหวัดในส่วนภูมิภาค ที่ทราบได้ไม่ต่ำกว่านี้เซ็นให้ผู้ให้รับรอง
เบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับ ตำแหน่งใหม่ แล้วแต่กรณี

บันทึกประกอบการขอย้าย / โอน

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

ส่วนราชการ

มีความประสงค์จะขอย้าย / โอน ไปรับราชการที่

☐ ข้าพเจ้า มีความสามารถเดิมสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
แต่ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย / โอน

☐ ข้าพเจ้ามีความสามารถเดิมสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และเมื่อหมดประจำการจะเลื่อนระดับก่อน โอน ไปรับราชการในส่วนราชการใหม่

☐ ข้าพเจ้ามีความสามารถเดิมสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และเมื่อหมดประจำการจะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่าง ประเมินผลงาน
ทางวิชาการ

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่โดยขอ อนุญาตประเมิน วิชาการที่ส่วนราชการเดิม
ขอประเมินไปเลื่อนระดับก่อนรับราชการใหม่

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย โอน

วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานการเจ้าหน้าที่

วันที่.....

๖. ☐ ไม่เคยผ่านการประเมินบุคคลและผลงานมาก่อน

☐ เคยผ่านการประเมินบุคคลและผลงาน

โดยวิธีการ ☐ สอบหรือประเมินตาม ว ๓๔/๔๗ ในตำแหน่ง

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยวิธีการ ☐ สอบหรือประเมินตาม ว ๑๖/๓๘ หรือ ว ๑๐/๔๘ ในตำแหน่ง.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๗. ประวัติการรับราชการ (จากเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบันแสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้น แต่ละระดับและการเปลี่ยนแปลงในการดำรงตำแหน่งในสายงานต่างๆ)

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	อัตราเงินเดือน	สังกัด

๘. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน

ปี พ.ศ.	ระยะเวลา	หลักสูตร	สถาบัน

๙. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งปัจจุบัน

๙.๑.....

๙.๒.....

๙.๓.....

๑๐. หากตำแหน่งที่ใช้รับโอนข้าพเจ้าเป็นตำแหน่งที่มีอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่ในปัจจุบัน ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับเงินเดือนขั้นที่มีอยู่ของตำแหน่งที่จะรับโอนไปก่อนจนกว่าจะส่งพอกอัตราให้

๑๑. กรณีที่ ก.พ. อนุมัติให้รับโอนในระดับและอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ได้รับอยู่เดิม ข้าพเจ้า

☐ ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ

☐ ไม่ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ

๑๒. ข้าพเจ้า...

๑๓. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนชั้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่.....

☐ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอน

☐ ไม่ประสงค์จะรอลื่อนระดับก่อนโอน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอโอน

(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าตำแหน่ง.....

ระดับ.....(ส่วนราชการ).....

เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า

เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ มีความสนใจ และอุตสาหะ
ในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

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

หมายเหตุ ๑. กรณีขอโอนติดตามคู่สมรส ให้แนบหลักฐานที่แสดงว่าคู่สมรสมีภูมิลำเนา หรือปฏิบัติงานอยู่ใน
จังหวัดที่ขอโอนไป

๒. กรณีขอโอนกลับภูมิลำเนาเดิม ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม

๓. กรณีขอโอนเพื่อดูแลบิดา มารดา หรือ บุตร ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา หรือบุตร
และใบรับรองแพทย์ ในกรณีที่บิดา มารดา หรือ มีโรคประจำตัว

๔. กรณีขอโอนตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ให้แนบสำเนาใบประกอบวิชาชีพ