



ที่ ลย ๐๐๓๓.๒๐๑.๑.๐๕/ว ๓๖๖

โรงพยาบาลเลย

ถนนมลิวรรณ ลย ๔๒๐๐๐

กันยายน ๒๕๖๙

เรื่อง รับย้ายข้าราชการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบสมัครรับย้าย

จำนวน ๑ ชุด

๑. แบบฟอร์มขอย้าย

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยโรงพยาบาลเลย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย มีความประสงค์จะรับย้ายข้าราชการ เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งว่าง จำนวน ๒ ตำแหน่ง ดังนี้

๑. ตำแหน่งนักกายภาพบำบัด ตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๖๗๒๘๑ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลเลย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

๒. ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๖๗๔๒๔ งานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเลย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

ผู้มีความประสงค์จะขอย้ายไปดำรงตำแหน่งว่างดังกล่าว ให้ส่งใบขอย้ายพร้อมหลักฐานประกอบการขอย้าย ประกอบด้วย สำเนา ก.พ. ๗ (เจ้าหน้าที่รับรองสำเนาถูกต้อง) และสำเนารุณการศึกษา จำนวน ๑ ชุด โดยผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น ส่งถึงกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลเลย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ตั้งแต่วันที่ ๗ - ๑๑ กันยายน ๒๕๖๙ โดยถือวันประทับตราลงรับหนังสือของ โรงพยาบาลเลยเป็นสำคัญ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดของท่าน ทราบโดยทั่วกัน

เรียน นพ.สจ.ชลบุรี

ขอแสดงความนับถือ

- เพื่อโปรดทราบ
  - เห็นควรดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในสังกัดทราบ
- ทางเว็บไซต์ สสจ.ชลบุรี ต่อไป

ค.ค.

(นายพนอล พิชญวงษ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย

ทราบ/ดำเนินการ

(นายกิตติ บุญรัตนเนตร)

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

โทรศัพท์ ๐ ๔๒๘๖ ๒๑๒๓ ต่อ ๒๗๑๗

โทรสาร ๐ ๔๒๘๖ ๒๑๔๗

สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ) ปฏิบัติราชการแทน  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี



สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ สิ่งส่งมาด้วย ๒



ประกาศโรงพยาบาลเลย

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการพลเรือนสามัญ เพื่อรับย้ายให้ดำรงตำแหน่งนักกายภาพบำบัด  
และตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเลย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

ด้วยโรงพยาบาลเลย มีความประสงค์จะรับสมัครคัดเลือกข้าราชการพลเรือนสามัญ เพื่อรับย้าย  
ให้ดำรงตำแหน่งที่ว่างในสังกัดโรงพยาบาลเลย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย จำนวน ๒ อัตรา โดยมี  
รายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. ตำแหน่งที่รับสมัคร

- |                                                   |               |
|---------------------------------------------------|---------------|
| ๑. ตำแหน่งนักกายภาพบำบัด ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ | จำนวน ๑ อัตรา |
| ๒. ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ  | จำนวน ๑ อัตรา |

๒. คุณสมบัติที่รับสมัคร

ตำแหน่งที่ ๑ ตำแหน่งนักกายภาพบำบัด

๑. มีคุณวุฒิอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้
  - ๑.๑ ได้รับปริญญาตรีหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน ในสาขาวิชา  
กายภาพบำบัด และได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดจากสภากายภาพบำบัด
  - ๑.๒ ได้รับปริญญาโทหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน ในสาขาวิชา  
กายภาพบำบัด และได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดจากสภากายภาพบำบัด
  - ๑.๓ ได้รับปริญญาเอกหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน ในสาขาวิชา  
กายภาพบำบัด และได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดจากสภากายภาพบำบัด
  - ๑.๔ ได้รับปริญญาหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่ ก.พ. กำหนดว่าใช้เป็นคุณสมบัติเฉพาะสำหรับ  
ตำแหน่งนี้ได้ และได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดจากสภากายภาพบำบัด
๒. มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งนักกายภาพบำบัด ระดับปฏิบัติการ และ
๓. ดำรงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งมาแล้ว ดังต่อไปนี้

๓.๑ ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

๓.๒ ประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ ไม่น้อยกว่า ๖ ปี กำหนดเวลา ๖ ปี ให้ลดเป็น ๔ ปี สำหรับผู้มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งนักกายภาพบำบัด ระดับปฏิบัติการ ข้อ ๒ หรือข้อ ๔ ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่าปริญญาโท และให้ลดเป็น ๒ ปี สำหรับผู้มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งนักกายภาพบำบัด ระดับปฏิบัติการ ข้อ ๓ หรือข้อ ๔ ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่าปริญญาเอก

๓.๓ ตำแหน่งอย่างอื่นที่เทียบเท่าข้อ ๒.๑ หรือข้อ ๒.๒ แล้วแต่กรณี ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด และ

๔. ปฏิบัติงานด้านกายภาพบำบัด หรืองานอื่นที่เกี่ยวข้องตามที่ส่วนราชการเจ้าสังกัดเห็นว่าเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบและลักษณะงานที่ปฏิบัติมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี

**ตำแหน่งที่ ๒ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ**

๑. มีคุณวุฒิต่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

๑.๑ ได้รับปริญญาตรีหรือคุณวุฒิต่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

๑.๒ ได้รับปริญญาโทหรือคุณวุฒิต่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

๑.๓ ได้รับปริญญาเอกหรือคุณวุฒิต่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

๑.๔ ได้รับปริญญาหรือคุณวุฒิต่างอื่นที่ ก.พ. กำหนดว่าใช้เป็นคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งนี้ได้ และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

๒. มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ และ

๓. ดำรงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งมาแล้ว ดังต่อไปนี้

๓.๑ ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

๓.๒ ประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ ไม่น้อยกว่า ๖ ปี กำหนดเวลา ๖ ปี ให้ลดเป็น ๔ ปี สำหรับผู้มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ ข้อ ๒ หรือข้อ ๔ ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่าปริญญาโท และให้ลดเป็น ๒ ปี สำหรับผู้มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ ข้อ ๓ หรือข้อ ๔ ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่าปริญญาเอก

๓.๓ ตำแหน่งอย่างอื่นที่เทียบเท่า ๒.๑ หรือ ๒.๒ แล้วแต่กรณี ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด และ

๔. ปฏิบัติงานด้านพยาบาลวิชาชีพ หรืองานอื่นที่เกี่ยวข้องตามที่ส่วนราชการเจ้าสังกัดเห็นว่าเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบและลักษณะงานที่ปฏิบัติมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี

### ๓. เอกสารที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร

|                                                          |                                   |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| ๓.๑ ใบสมัคร                                              | จำนวน ๑ ชุด (ตามที่แนบท้ายประกาศ) |
| ๓.๒ ใบขอย้ายข้าราชการ                                    | จำนวน ๑ ชุด                       |
| ๓.๓ สำเนาใบประกาศนียบัตร                                 | จำนวน ๑ ชุด                       |
| ๓.๔ สำเนาทะเบียนบ้าน                                     | จำนวน ๑ ชุด                       |
| ๓.๕ สำเนา ก.พ. ๗                                         | จำนวน ๑ ชุด                       |
| ๓.๖ ประสบการณ์การทำงานโดยย่อ                             | จำนวน ๑ ชุด                       |
| ***สำเนาหลักฐานทุกรายการให้ผู้สมัครรับรองสำเนาถูกต้อง*** |                                   |

### ๔. กำหนดการ และวิธีการรับสมัคร

ผู้ประสงค์จะขอย้าย ยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานต่างๆ ด้วยตนเองที่กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ในวันเวลาราชการ หรือส่งเอกสารการสมัครทางไปรษณีย์ลงทะเบียน โดยจะถือว่าวันที่ประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๔๒๘๖ ๒๑๒๓ ต่อ ๒๗๑๗ ตั้งแต่วันที่ ๗ - ๑๑ กันยายน ๒๕๖๔

### ๕. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก และกำหนดวัน เวลา สถานที่คัดเลือก

โรงพยาบาลจะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกให้ทราบภายหลังจากการปิดรับสมัคร ณ ป้ายปิดประกาศ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย และทางเว็บไซต์ของโรงพยาบาลเลย [www.loeihospital.go.th](http://www.loeihospital.go.th)

ประกาศ ณ วันที่ ๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายณพดล พิษณุวงศ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย

## ใบสมัคร

เข้ารับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งนักกายภาพบำบัด ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ  
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลเลย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

### ๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ..... ชื่อสกุล.....  
วัน เดือน ปีเกิด..... อายุตัว..... ปี อายุราชการ..... ปี  
วันเกษียณอายุ..... ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....  
ระดับ..... ส่วนราชการ.....  
.....  
ตั้งแต่..... ปัจจุบันอัตราเงินเดือน..... บาท  
โทรศัพท์..... E-mail.....

### ๒. การดำรงตำแหน่งระดับปฏิบัติการ ตำแหน่ง.....ตั้งแต่..... ตำแหน่งอื่น ๆ ที่ท่านได้รับมอบหมายและเคยได้รับมอบหมาย เช่น หัวหน้ากลุ่มงาน/รองหัวหน้ากลุ่มงาน/ หัวหน้างาน/รองหัวหน้างาน/กรรมการต่าง ๆ

๑. ....  
๒. ....  
๓. ....

### ๓. ความผิดทางวินัย เป็นผู้อยู่ระหว่าง

- ☐ ถูกสอบสวน.....เมื่อ.....  
☐ ถูกลงโทษ.....เมื่อ.....  
☐ ไม่มี

### ๔. วุฒิการศึกษา (โปรดแนบหลักฐาน)

- ☐ ปริญญาตรี.....สาขา.....  
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....  
☐ ปริญญาโท.....สาขา.....  
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....  
☐ ปริญญาเอก.....สาขา.....  
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....

### ๕. ประวัติการฝึกอบรม/ดูงาน

- ๕.๑ .....  
๕.๒ .....  
๕.๓ .....

๖. ท่านมี...

๖. ท่านมีวิสัยทัศน์และแนวคิดในการพัฒนางาน ปรับปรุงงานในอนาคตอย่างไร (อธิบายเพิ่มเติม โดยจัดทำเป็นเอกสารไม่เกิน ๒ หน้ากระดาษ A๔)

เรื่อง .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิเข้ารับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาการคัดเลือกแล้วจะถือว่าเป็นโมฆะ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเข้ารับการคัดเลือก  
(.....)  
(วันที่) ...../...../.....

๗. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

.....  
.....  
.....  
.....

(ลงชื่อ) .....  
(.....)  
(ตำแหน่ง) .....  
(วันที่) ...../...../.....

สถานที่ติดต่อ (ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือก)

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร..... E-mail.....

## ใบสมัคร

เข้ารับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ  
งานพยาบาลที่บ้านและชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเลย  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

### ๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ..... ชื่อสกุล.....  
วัน เดือน ปีเกิด..... อายุตัว.....ปี อายุราชการ.....ปี  
วันเกษียณอายุ..... ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....  
ระดับ..... ส่วนราชการ.....  
.....  
ตั้งแต่..... ปัจจุบันอัตราเงินเดือน.....บาท  
โทรศัพท์..... E-mail.....

### ๒. การดำรงตำแหน่งระดับปฏิบัติการ ตำแหน่ง.....ตั้งแต่..... ตำแหน่งอื่น ๆ ที่ท่านได้รับมอบหมายและเคยได้รับมอบหมาย เช่น หัวหน้ากลุ่มงาน/รองหัวหน้ากลุ่มงาน/ หัวหน้างาน/รองหัวหน้างาน/กรรมการต่าง ๆ

๑. ....
๒. ....
๓. ....

### ๓. ความผิดทางวินัย เป็นผู้อยู่ระหว่าง

- ☐ ถูกสอบสวน.....เมื่อ.....  
☐ ถูกลงโทษ.....เมื่อ.....  
☐ ไม่มี

### ๔. วุฒิการศึกษา (โปรดแนบหลักฐาน)

- ☐ ปริญญาตรี.....สาขา.....  
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....  
☐ ปริญญาโท.....สาขา.....  
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....  
☐ ปริญญาเอก.....สาขา.....  
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....

### ๕. ประวัติการฝึกอบรม/ดูงาน

- ๕.๑ .....  
๕.๒ .....  
๕.๓ .....

๖. ท่านมี...

๖. ท่านมีวิสัยทัศน์และแนวคิดในการพัฒนางาน ปรับปรุงงานในอนาคตอย่างไร (อธิบายเพิ่มเติม โดยจัดทำเป็นเอกสารไม่เกิน ๒ หน้ากระดาษ A๔)

เรื่อง .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิเข้ารับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาการคัดเลือกแล้วจะถือว่าเป็นโมฆะ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเข้ารับการคัดเลือก  
(.....)  
(วันที่) ...../...../.....

๗. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

.....  
.....  
.....  
.....

(ลงชื่อ) .....  
(.....)  
(ตำแหน่ง) .....  
(วันที่) ...../...../.....

สถานที่ติดต่อ (ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือก)

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร..... E-mail.....

## ใบขอย้าย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน .....

1. ข้าพเจ้า.....วุฒิ.....

ใบอนุญาต ..... วุฒิบัตร.....

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

ตำแหน่งเลขที่..... ส่วนราชการ .....

ดำรงตำแหน่งเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... อัตราเงินเดือนปัจจุบัน .....บาท

ปฏิบัติราชการจริงที่.....

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

ขณะนี้

☐ อยู่ในช่วงการลาศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดูงาน หลักสูตร

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

☐ ไม่อยู่ในช่วงการลาศึกษา/ฝึกอบรม/ดูงาน

☐ อยู่ในช่วงปฏิบัติงานขอใช้ทุนหลักสูตร.....

ต้องปฏิบัติงานขอใช้ทุน ..... ปี ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ. ....

ถึงวันที่ ..... เดือน..... พ.ศ. ....

☐ ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

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

ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอย้าย .....

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลพร้อมนี้แล้วจำนวน ..... ฉบับ

4. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรง

ตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

☐ ยินยอมลดระดับ

☐ ไม่ยินยอมลดระดับ

5. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

☐ ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย

☐ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ อยู่ในช่วงประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอให้นำผลประเมินวิชาการ  
ที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

6. ในการขอย้ายครั้งนี้หากทางราชการอนุญาตให้ย้ายได้ ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย / ใน ☐ ที่ต้องการ)

- |                                 |                              |                                 |
|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 6.1 เงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว | <input type="radio"/> ขอเบิก | <input type="radio"/> ไม่ขอเบิก |
| 6.2 เงินค่าพาหนะเดินทาง         | <input type="radio"/> ขอเบิก | <input type="radio"/> ไม่ขอเบิก |
| 6.3 เงินค่าเบี้ยเลี้ยง          | <input type="radio"/> ขอเบิก | <input type="radio"/> ไม่ขอเบิก |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอย้าย  
(.....)

**คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่**

ตามที่ (นาย , นาง , นางสาว) .....

ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ขอย้ายไปดำรงตำแหน่งทางจังหวัด..... 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 เบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่ 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.....