

ที่ สธ ๐๒๐๓.๐๘๖/ว. ๑๑๖๐



วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดอุบลราชธานี ๑๘๗ หมู่ ๓
ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ
จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๑๙๐

๑ กรกฎาคม ๒๕๕๙

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อรับย้ายให้ดำรงตำแหน่งทันตแพทย์ปฏิบัติการ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการวิทยาลัยในสังกัด
สถาบันพระบรมราชชนก/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าส่วนราชการ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบสมัครเพื่อคัดเลือกข้าราชการเพื่อรับย้าย จำนวน ๑ ชุด
๒. ใบขอย้าย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี มีความประสงค์จะรับสมัครคัดเลือก
ข้าราชการเพื่อรับย้ายให้ดำรงตำแหน่งทันตแพทย์ปฏิบัติการ เพื่อปฏิบัติงานด้านการเรียนการสอนและอื่น ๆ
ตามภารกิจของวิทยาลัย จำนวน ๕ อัตรา ดังนี้

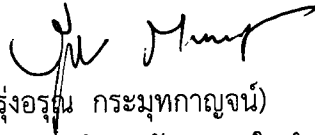
๑. ตำแหน่งทันตแพทย์ปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๔๑๖๔๓ สังกัดกลุ่มงานวิชาการ วิทยาลัย
การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
๒. ตำแหน่งทันตแพทย์ปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๔๕๘๘๑ สังกัดกลุ่มงานวิชาการ วิทยาลัย
การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
๓. ตำแหน่งทันตแพทย์ปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๖๖๑๖๗ สังกัดกลุ่มงานวิชาการ วิทยาลัย
การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
๔. ตำแหน่งทันตแพทย์ปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๘๐๒๙๙ สังกัดกลุ่มงานวิชาการ วิทยาลัย
การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
๕. ตำแหน่งทันตแพทย์ปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๗๓๕๒๒ สังกัดกลุ่มงานวิชาการ วิทยาลัย
การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้ที่มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือก ส่งใบสมัครพร้อมเอกสารประกอบการคัดเลือกและหลักฐานต่าง ๆ
ที่เกี่ยวข้องด้วยตนเองได้ที่ งานธุรการ กลุ่มงานอำนวยการ ชั้น ๒ อาคารอำนวยการ วิทยาลัยการสาธารณสุข
สิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่วันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๕๙ ถึงวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๕๙ หรือทางไปรษณีย์
ตั้งแต่วันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๕๙ ถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๕๙ โดยสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม
ได้ที่โทรศัพท์หมายเลข ๐ ๔๕๒๘ ๘๐๓๘ - ๔๐ ต่อ ๓๓๘ , ๑๒๓ ในวันและเวลาราชการ ทั้งนี้ สามารถ
ดาวน์โหลดใบสมัครและเอกสารที่เกี่ยวข้องจากเว็บไซต์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
www.scphub.ac.th

/จึงเรียนมา...

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์ให้กับบุคลากรในหน่วยงาน
ทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นางรุ่งอรุณ กระมุทกาญจน์)

วิทยากรชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มงานอำนวยการ (งานทรัพยากรบุคคล)

โทร. ๐ ๔๕๒๘ ๘๐๓๘ ต่อ ๓๓๘ , ๑๒๓

โทรสาร ๐ ๔๕๒๘ ๘๐๔๔

ใบสมัคร

รูปถ่าย

๑ x ๑.๕ นิ้ว

แบบใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง.....

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

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

๒. การดำรงตำแหน่ง

ดำรงตำแหน่ง.....ระดับชำนาญการ (ระดับ ๖ - ๗) ตั้งแต่.....
ดำรงตำแหน่ง.....ระดับชำนาญการพิเศษ (ระดับ ๘) ตั้งแต่.....

๓. ความผิดทางวินัย เป็นผู้อยู่ระหว่าง

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

๔. วุฒิการศึกษา (โปรดแนบหลักฐาน)

- ☐ ปริญญาตรี.....สาขา.....
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....
☐ ปริญญาโท.....สาขา.....
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....
☐ ปริญญาเอก.....สาขา.....
สถาบัน.....จบการศึกษาเมื่อ.....
☐ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....เลขที่.....
วันออกใบอนุญาต.....วันหมดอายุ.....

๕. ผลงานวิชาการที่จะส่งประเมิน/ที่เคยส่งประเมิน

เรื่อง.....
.....

(ถ้าเป็นกรณีการย้าย โอน บรรจุกลับ ให้ระบุเรื่องที่เคยผ่านการประเมิน)

๖. ข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน/ปรับปรุงงาน ที่จะส่งประเมิน เรื่อง.....

(เฉพาะกรณีส่งผลงานเพื่อประเมินเลื่อนระดับ ถ้าเป็นกรณีย้าย โอน บรรจุกลับ ไม่ต้องระบุ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ
หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จ หรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมดสิทธิได้รับการคัดเลือก
และหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือว่าเป็นโมฆะ

:

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับการคัดเลือก
(.....)
...../...../.....

๗. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

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

ลงชื่อ.....
(.....)
...../...../.....

สถานที่ติดต่อ

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

๑. ข้าพเจ้า.....วุฒิ.....

ใบอนุญาต วุฒิบัตร.....

๒. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่งระดับ.....

ตำแหน่งเลขที่..... ส่วนราชการ

ดำรงตำแหน่งเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.อัตราเงินเดือนปัจจุบันบาท

ปฏิบัติราชการจริงที่.....

ตั้งแต่วันที่เดือนพ.ศ.

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

☐ ไม่อยู่ในระหว่างการลาศึกษา / ฝึกอบรม / ดูงาน

☐ อยู่ระหว่างปฏิบัติงานขอใช้ทุนหลักสูตร.....

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

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

☐ ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

๓. ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งระดับ.....

ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอย้าย

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลพร้อมนี้แล้วจำนวน ฉบับ

๔. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง

อยู่ข้าพเจ้า

☐ ยินยอมลดระดับ

☐ ไม่ยินยอมลดระดับ

๕. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

☐ ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย

☐ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ อยู่ระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอให้นำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

๖. ในการขอย้ายครั้งนี้หากทางราชการอนุญาตให้ย้ายได้ ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย / ใน ☐ ที่ต้องการ)

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| ๖.๑ เงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว | ☐ ขอเบิก | ☐ ไม่ขอเบิก |
| ๖.๒ เงินค่าพาหนะเดินทาง | ☐ ขอเบิก | ☐ ไม่ขอเบิก |
| ๖.๓ เงินค่าเบี้ยเลี้ยง | ☐ ขอเบิก | ☐ ไม่ขอเบิก |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย
(.....)

คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงานใหม่

ตามที่ (นาย/นาง/นางสาว).....
ตำแหน่ง.....มีความประสงค์ขอย้ายไป
ดำรงตำแหน่งทางจังหวัด..... นั้น ได้พิจารณา

- ☐ ให้เบิกตามรายการที่ระบุใน ๖
☐ ให้เบิกเฉพาะรายการที่
☐ ไม่ให้เบิกทุกรายการที่ระบุใน ๖

(ลงชื่อ).....
(.....)
...../...../.....

- หมายเหตุ ๑. กรณีขอย้ายติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งย้ายหรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส
๒. กรณีขอย้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม
๓. กรณีขอย้ายเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณีที่บิดา มารดา อายุต่ำกว่า ๖๕ ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองจากแพทย์ด้วย
๔. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการกองหรือหัวหน้าหน่วยราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้เป็นผู้ให้คำรับรองเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงานใหม่แล้วแต่กรณี

บันทึกประกอบการขอย้าย / โอน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ส่วนราชการ.....มีความประสงค์จะขอ
ย้าย/โอน ไปรับราชการที่.....

- ☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
แต่ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย / โอน
- ☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอนไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่
- ☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน
- ☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่าง ประเมินผลงาน
ทางวิชาการ
- ☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่โดยขอนำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการ
เดิมขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

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

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