



ที่ นค ๐๐๓๒.๐๑๐/๒๗๓๔

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย  
๒๒๙ ศูนย์ราชการ หนองคาย ๔๓๐๐๐

๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ส่งเรื่องขอย้ายข้าราชการและลูกจ้าง รอบที่ ๒/๒๕๖๓

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน/สาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มใบขอย้าย

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จะดำเนินการพิจารณาการย้ายข้าราชการและลูกจ้างในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย รอบที่ ๒/๒๕๖๓ ประจำปี ๒๕๖๓ (ยกเว้นตำแหน่ง นายแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร กรณีย้ายข้ามจังหวัด) ในเดือน กันยายน ๒๕๖๓ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางและวิธีการย้ายข้าราชการ/ให้ข้าราชการปฏิบัติราชการ ในระบบย้ายออนไลน์ ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๖/ว ๙๘ ลงวันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๓

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จึงขอความอนุเคราะห์ให้หน่วยงานประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการและลูกจ้างที่ประสงค์ขอย้ายเปลี่ยนสถานที่ปฏิบัติราชการและขอย้าย จ.๑๘ เขียนใบขอย้าย โดยผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับ (กรณีสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ให้ผ่านการพิจารณาของนายอำเภอ) ส่งมายังกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตั้งแต่วันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ ในวันและเวลาราชการ (สิ่งที่ส่งมาด้วยสามารถดาวน์โหลดตาม QR Code ด้านล่างนี้)

จึงเรียนมาเพื่อทราบและประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการและลูกจ้างในสังกัดทราบโดยทั่วกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิศณุ วิทยาบำรุง)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย



<https://qr.go.page.link/DrqtF>

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร ๐ ๔๒๔๑ ๑๒๘๕, ๐ ๔๒๔๒ ๑๔๓๘, ๐ ๔๒๔๒ ๒๙๒๓, ๐ ๔๒๔๑ ๓๓๕๔ ต่อ ๑๐๗

E-mail : hr.nkph@gmail.com

หนองคาย “เกษตรอุตสาหกรรมวัฒนธรรมรุ่งเรือง เมืองท่องเที่ยวลุ่มน้ำโขง”

## ใบขอย้าย

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน .....

1. ข้าพเจ้า.....วุฒิ.....

ใบอนุญาต.....วุฒิบัตร.....

2. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง.....

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

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

ปฏิบัติราชการจริงที่.....

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

ขณะนี้ ( ) อยู่ระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดูงาน หลักสูตร

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

( ) ไม่อยู่ระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดูงาน

( ) อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานชดใช้ทุนหลักสูตร.....

ต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุน.....ปี ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

( ) ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

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

ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอย้าย.....

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลพร้อมนี้แล้วจำนวน.....ฉบับ

4. หากปรากฏว่าตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรงตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

( ) ยินยอมลดระดับ ( ) ไม่ยินยอมลดระดับ

5. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

( ) ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย

( ) มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

( ) อยู่ในระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

( ) มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอให้นำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

6. ในการขอย้ายครั้งนี้หากทางราชการอนุญาตให้ย้ายได้ ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย/ ใน ( ) ที่ต้องการ)

- 6.1 เงินค่าขอย้ายสิ่งของส่วนตัว ( ) ขอเบิก ( ) ไม่ขอเบิก  
6.2 เงินค่าพาหนะเดินทาง ( ) ขอเบิก ( ) ไม่ขอเบิก  
6.3 เงินค่าเบี้ยเลี้ยง ( ) ขอเบิก ( ) ไม่ขอเบิก  
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย  
( )

คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่

ตามที่ (นาย, นาง, นางสาว).....  
ตำแหน่ง.....  
มีความประสงค์ขอย้ายไปดำรงตำแหน่งทางจังหวัด.....นั้น ได้พิจารณา  
( ) ให้เบิกตามรายการที่ระบุใน 7  
( ) ให้เบิกเฉพาะรายการที่.....  
( ) ไม่ให้เบิก ทุกรายการที่ระบุใน 7

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

หมายเหตุ 1. กรณีขอย้ายติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งย้าย หรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส  
2. กรณีขอย้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม  
3. กรณีขอย้ายเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณี  
ที่บิดา มารดา อายุต่ำกว่า 65 ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองแพทย์ด้วย  
4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป หรือ  
ผู้อำนวยการกอง หรือหัวหน้าหน่วยราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้  
เป็นผู้ให้คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่แล้วแต่กรณี

บันทึกประกอบการขอย้าย/โอน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ส่วนราชการ.....

มีความประสงค์จะขอย้าย/โอน ไปรับราชการที่.....

- ( ) ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่.....แต่ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย/โอน
- ( ) ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่..... และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอนไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่
- ( ) ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่.....แต่ไม่ประสงค์จะรอเลื่อนระดับก่อนโอน
- ( ) ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่..... และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน
- ( ) ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ
- ( ) ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอนำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิมขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย/โอน

วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานเจ้าหน้าที่

วันที่.....