

ที่ ศก ๒๐๓๒/ว. ๑๗๗



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพยุห์
ถนนเฉลิมพระเกียรติ ร.๙ ตำบลพยุห์
จังหวัดศรีสะเกษ ๓๓๒๓๐

๗๐ กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง การขอย้ายภายในจังหวัดของเจ้าหน้าที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ (รอบที่ ๒)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มใบขอย้าย

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ขอให้หน่วยงานได้ประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ที่มีความประสงค์ขอย้ายภายในจังหวัด (รอบที่ ๒) ส่งใบขอย้าย พร้อมเอกสารประกอบการขอย้ายผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับ ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ภายในวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๓ เพื่อนำข้อมูลการขอย้ายเข้าพิจารณาในวาระการประชุมคณะกรรมการพัฒนากำลังคนระดับจังหวัดต่อไป นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพยุห์ ขอให้ท่านประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ที่มีความประสงค์ขอย้ายภายในจังหวัด ส่งใบขอย้าย ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพยุห์ ภายในวันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๓ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายฤทธิรงค์ โนนใหญ่)
สาธารณสุขอำเภอพยุห์

กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป

โทร. ๐ ๔๕๘๑ ๓๕๕๘

ใบขอย้าย (ภายในจังหวัด)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน

1. ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....

วุฒิ.....ได้บรรจุเข้ารับราชการครั้งแรกเมื่อวันที่.....

เดือน.....พ.ศ.....ในตำแหน่ง.....

ส่วนราชการ.....

2. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง.....

รับเงินเดือนขั้น.....บาท ส่วนราชการ.....

ปฏิบัติงานจริงที่.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

3. ข้าพเจ้าเป็นผู้เคยได้รับอนุมัติให้เข้าศึกษาในหลักสูตร.....

ที่.....เมื่อ.....เป็นเวลา.....ปี

มีสัญญาต้องปฏิบัติราชการชดใช้ทุน.....ปี ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ปัจจุบันข้าพเจ้ายังต้องรับราชการชดใช้ทุนที่

(ส่วนราชการ).....

4. ข้าพเจ้าได้รับอนุมัติให้เบิกค่าเช่าบ้านเดือนละ.....บาท เพื่อ

() ชำระค่าเช่าบ้าน () ค่าเช่าซื้อบ้าน

5. ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่ง.....

ระดับ.....ประจำ 1.....

2.....

3.....

เหตุผลในการขอย้าย.....

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว จำนวน.....ฉบับ

6. ตามที่ข้าพเจ้าได้ขอย้ายไปดำรงตำแหน่ง.....

(ส่วนราชการ).....

หากปรากฏว่าตำแหน่งที่ข้าพเจ้าจะขอย้ายไปเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรงอยู่ ข้าพเจ้า

() ยินยอมลดระดับ () ไม่ยินยอมลดระดับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ตามที่ (นาย, นาง, นางสาว).....

ตำแหน่ง.....ประจำ.....

มีความประสงค์ขอย้ายไปปฏิบัติราชการที่.....นั้น

โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ.....

- () ขอเจ้าหน้าที่ทดแทนทันที
- () ขอเจ้าหน้าที่ทดแทนภายหลัง
- () ไม่ขอเจ้าหน้าที่ทดแทน

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

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

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ส่วนราชการรับย้าย)

ตามที่ (นาย, นาง, นางสาว).....

ตำแหน่ง.....ประจำ.....

มีความประสงค์ขอย้ายมาปฏิบัติราชการที่.....นั้น

โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ.....

- () ยินดีรับย้ายไปปฏิบัติราชการที่.....
- () ไม่ยินดีรับ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

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

- หมายเหตุ**
1. กรณีขอย้ายติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งย้าย หรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส
 2. กรณีขอย้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนา
 3. กรณีขอย้ายเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณีที่บิดา มารดา อายุต่ำกว่า 65 ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแล อย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองแพทย์ด้วย
 4. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หรือสาธารณสุขอำเภอ หรือหัวหน้างาน/กลุ่มงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้รับรองของผู้บังคับบัญชา แล้วแต่กรณี