



ที่ สธ ๐๔๒๓.๑๐.๒/ว ๔๗

ถึง กอง/สถาบัน/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค/สำนักและหน่วยงานระดับกองในสังกัดกรมควบคุมโรค/
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

ด้วยกรมควบคุมโรค โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี มีตำแหน่ง
นักวิชาการเงินและบัญชี ระดับปฏิบัติการ หรือ ชำนาญการ วางอยู่ จำนวน ๑ ตำแหน่ง คือตำแหน่งเลขที่
๑๒๒๓ งานการเงินและบัญชี กลุ่มบริหารทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี จึงมีความประสงค์จะรับย้าย/รับโอน
ข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งดังกล่าว ดังนี้

๑. การยื่นใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน ยื่นได้ตั้งแต่บัดนี้ จนถึงวันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗
โดยสามารถยื่นด้วยตนเองหรือยื่นทางไปรษณีย์ ดังนี้

๒.๑ ยื่นใบสมัครขอย้ายหรือขอโอนด้วยตนเอง ที่งานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มบริหารทั่วไป
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี เลขที่ ๒๔/๘๕ หมู่ที่ ๔ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง
จังหวัดชลบุรี ในวันและเวลาราชการ (ช่วงเช้าเวลา ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. ช่วงบ่าย เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.)

๒.๒ ยื่นใบสมัครขอย้ายหรือขอโอนทางไปรษณีย์ โดยเจ้าหน้าที่งานการเจ้าหน้าที่
กลุ่มบริหารทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี เลขที่ ๒๔/๘๕ หมู่ที่ ๔ ตำบลบ้านสวน
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๐๐๐ วงเล็บมุมซอง "ใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน"

๓. แบบใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน สามารถดาวน์โหลดได้ที่ เว็บไซต์ <https://ddcmoph.go.th/odpc6/>
เลือก ข่าวสาร > ข่าวรับสมัครบุคลากร เอกสารที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน ประกอบด้วย
สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนา ก.พ.๗ สำเนาหลักฐานการศึกษา รูปถ่าย จำนวน ๑ รูป
สำเนาหลักฐานอื่น ๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล (ถ้ามี)

๔. การพิจารณาคัดเลือกผู้สมัครขอย้ายหรือขอโอน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖
จังหวัดชลบุรี จะพิจารณาจากใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน และเอกสารที่ยื่นพร้อมใบสมัครขอย้ายหรือขอโอน
ทั้งนี้ อาจให้มีการสอบสัมภาษณ์เพิ่มเติม เพื่อประกอบการพิจารณาคัดเลือกฯ ดังกล่าว และหากสำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี สรรหาบุคคลไปดำรงตำแหน่งดังกล่าวได้แล้ว ให้ถือว่าสิ้นสุดสำหรับ
การรับย้ายหรือรับโอนตำแหน่งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณ



กลุ่มบริหารทั่วไป

โทร. ๐ ๓๘๒๗ ๗๐๕๗ ต่อ ๑๐๖ หรือต่อ ๑๒๑

โทรสาร. ๐ ๓๘๒๗ ๔๘๖๒

หนังสือขอย้ายหรือขอโอน
(สำหรับผู้ขอย้ายหรือขอโอนทุกประเภทและระดับตำแหน่ง)

ติครูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอย้าย ขอโอน มาดำรงตำแหน่งในระดับที่ไม่สูงกว่าเดิม

เรียน อธิบดีกรมควบคุมโรค

๑. ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ปัจจุบันเป็นข้าราชการ พลเรือนสามัญ ประเภทอื่น (ระบุ).....

ดำรงตำแหน่งประเภท วิชาการ ททั่วไป อื่น ๆ (ระบุ).....

ชื่อตำแหน่ง..... ระดับ.....

ส่วนราชการ.....

๒. มีความประสงค์ขอ ย้าย โอน มาดำรงตำแหน่ง.....

ระดับ..... ตำแหน่งเลขที่..... กลุ่ม.....

กอง..... กรมควบคุมโรค

เหตุผลในการขอย้าย/ขอโอน คือ

๓. ขณะนี้

อยู่ในระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ

อยู่ในระหว่างลาศึกษา/ฝึกอบรม/ดูงาน หลักสูตร.....

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

อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานขอใช้ทุนตามสัญญาการศึกษาในหลักสูตร.....

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

ถึงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการแล้ว

อยู่ในระบบข้าราชการผู้มีผลสัมฤทธิ์สูง (HiPPs)

๔. ข้อมูลส่วนบุคคล

๔.๑ ประวัติส่วนตัว

เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... อายุ..... ปี..... เดือน.....

เริ่มรับราชการเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... อายุราชการ..... ปี..... เดือน.....

(นับถึงเดือน..... พ.ศ.....) ภูมิลำเนาเดิม.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์บ้าน/มือถือ.....

เป็นสมาชิก กบข. ประเภท สะสม ไม่สะสม

ไม่เป็นสมาชิก กบข.

๔.๒ ประวัติการศึกษา (วุฒิตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งและสูงกว่า)

ชื่อประกาศนียบัตร/ปริญญา และสาขา/วิชาเอก	ปีที่สำเร็จการศึกษา	สถาบัน

๔.๓ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) (ชื่อใบอนุญาต).....

วันออกใบอนุญาต.....วันหมดอายุ..... ๔.๓ ใบอนุญาต...

๔.๔ ประวัติการจ้างงานประเภทพนักงานราชการ ลูกจ้างหรือพนักงานกระทรวง
สาธารณสุข (ถ้ามี)

วันที่เริ่มจ้าง	วันสิ้นสุดการจ้าง	ประเภทการจ้าง	ชื่อตำแหน่งที่จ้าง	หน่วยงานที่จ้าง

๔.๕ ประวัติการดำรงตำแหน่งข้าราชการ

การแต่งตั้ง (บรรจุ/ย้าย/โอน/เลื่อน)	วัน/เดือน/ ปี พ.ศ.	ตำแหน่ง/ระดับ	หน่วยงานระดับกองและกรม

๔.๖ ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน (ย้อนหลัง ๓ ปี)

ปี พ.ศ.	ระยะเวลา (ปี เดือน วัน)	หลักสูตร	สถาบัน

๕. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งปัจจุบัน (ข้อนี้สำหรับผู้ที่ย้าย/โอน มาดำรงตำแหน่ง
ในสายงานที่ไม่จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกันกับตำแหน่งที่ตนเองดำรงอยู่เท่านั้น)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๖. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอน ความรู้ความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติงานที่เป็นผลงานเด่น
จำนวนเรื่อง (๑-๓ เรื่อง) ดังรายละเอียดตามเอกสารแนบ (ข้อนี้สำหรับผู้ที่ย้าย/โอน มาดำรง
ตำแหน่งในสายงานที่ไม่จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกันกับตำแหน่งที่ตนเองดำรงอยู่เท่านั้น)

๖.๑ เรื่อง.....

๖.๒ เรื่อง.....

๖.๓ เรื่อง.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับการประเมิน

(.....)

วันที่.....

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ระดับ.....(ส่วนราชการ).....

เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า.....เป็นผู้มีความประพฤติ
เรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ มีความสนใจ และอดสาหะในการปฏิบัติงาน
เป็นอย่างดี และไม่อยู่ระหว่างการดำเนินการทางวินัย

(ลงชื่อ).....ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลการปฏิบัติงาน

(.....)

วันที่...../...../.....

เห็นด้วยกับคำรับรองของผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลการปฏิบัติงาน

(ลงชื่อ).....ผู้อำนวยการกองต้นสังกัด

(.....)

(ตำแหน่ง).....

วันที่...../...../.....

สรุปลงานสำคัญ ขั้นตอน ความรู้ความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานเด่น (จำนวน ๑-๓ เรื่อง) สำหรับผู้ที่ขอย้าย/โอน มาดำรงตำแหน่งในสายงานที่ไม่จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกันกับตำแหน่งที่ตนเองดำรงอยู่เท่านั้น

ลำดับที่ ๑

๑. ชื่อผลงาน.....
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ.....
๓. สรุปลงานสำคัญ ขั้นตอน และความรู้ความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
(ขนาดตัวอักษร ๑๖ point ความยาวไม่เกิน ๑-๓ หน้ากระดาษ A4)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้เสนอผลงาน

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

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้บังคับบัญชา

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

ลำดับที่ ๒ (ถ้ามี แสดงรายละเอียดเช่นเดียวกับลำดับที่ ๑)

หมายเหตุ เป็นการสรุปลงานสำคัญ ขั้นตอน ความรู้ความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติงานของผลงานที่ผ่านมา ซึ่งเพียงพอที่จะแสดงให้เห็นว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ที่จะปฏิบัติในตำแหน่งที่จะย้ายหรือโอนได้ หรืออาจกำหนดให้ส่งรายละเอียดของผลงานดังกล่าวก็ได้



เลขที่.....

(ส่วนราชการเจ้าของหนังสือ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วย (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง/ระดับ.....สังกัด.....

มีความประสงค์ขออนับระยะเวลาการดำรงตำแหน่งเกือุล เพื่อขอโอนไปรับราชการในตำแหน่ง
.....ระดับ.....ส่วนราชการ.....กรมควบคุมโรค

.....(ชื่อส่วนราชการที่ออกหนังสือรับรอง).....ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า
(นาย/นาง/นางสาว).....ได้ปฏิบัติงานที่ส่วนราชการ
แห่งนี้ โดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติในแต่ละช่วงเวลา ดังต่อไปนี้

๑. ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....

ดำรงตำแหน่ง/ระดับ.....

และปฏิบัติงานโดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติ ดังนี้

.....
.....

๒. ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....

ดำรงตำแหน่ง/ระดับ.....

และปฏิบัติงานโดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติ ดังนี้

.....
.....

ให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ)

(พิมพ์ชื่อเต็ม)

(ตำแหน่ง)

หมายเหตุ หนังสือรับรองนี้ใช้สำหรับกรณีการย้าย/โอน ไปดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ขึ้นไป ซึ่งผู้ขอโอนมีระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้งหรือสายงานที่จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่ง
เดียวกันไม่ครบถ้วน

การตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคล

ชื่อผู้ขอรับการประเมินบุคคล.....
ตำแหน่งปัจจุบัน/ระดับ.....
ตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง/ระดับ.....

๑. คุณวุฒิทางการศึกษาตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง ตรง ไม่ตรง
๒. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง มีการกำหนดไว้ ไม่ได้กำหนด
๓. กรณีที่มีการกำหนดไว้ในข้อ ๒ ผู้ขอรับการประเมินมีใบอนุญาตดังกล่าวหรือไม่ มี ไม่มี
๔. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ครบ ไม่ครบ
๕. หนังสือ/เอกสารหลักฐานการจ้างงานประเภทพนักงานราชการ ลูกจ้าง/พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ในกรณีที่ระยะเวลาตามข้อ ๔ ไม่ครบ มี ไม่มี
๖. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้งหรือสายงานที่จัดอยู่ในกลุ่มตำแหน่งเดียวกัน (เฉพาะตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการขึ้นไป) ครบ ไม่ครบ
๗. หนังสือรับรองลักษณะงานที่ปฏิบัติในตำแหน่งที่ขอนำระยะเวลามาขอนับเกือกลง ในกรณีที่ระยะเวลาตามข้อ ๖ ไม่ครบ (เฉพาะตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการขึ้นไป) มี ไม่มี

สรุปผลการตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคล

- อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะดำเนินการต่อไปได้
- อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะดำเนินการต่อไปได้ แต่ต้องให้คณะกรรมการประเมินบุคคลที่ อ.ก.พ.กรม แต่งตั้ง พิจารณาการxonั้ระยะเวลาการดำรงเกือกลง (เฉพาะตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการขึ้นไป)
- ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ (ระบุเหตุผล).....
.....

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ
(.....)

ตำแหน่ง.....
ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่จะแต่งตั้ง

วันที่.....