โรงพยาบาลสวนปรุง
เลขรับ: 4168
วันที่รับ: 25/5/2569
เวลารับ: 15:57

ที่ สธ ๐๘๐๓.๓/ว ๔๐๔๓

ถึง สำนัก/ กอง/ สถาบัน/ โรงพยาบาล/ ศูนย์ และกลุ่มในสังกัดกรมสุขภาพจิต

ด้วยส่วนราชการต่าง ๆ มีความประสงค์ขอประชาสัมพันธ์การรับโอนข้าราชการเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการในตำแหน่งต่างๆ กรมสุขภาพจิต จึงขอประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานของท่านทราบ และหากบุคลากรท่านใดมีความประสงค์จะขอโอน สามารถติดต่อไปยังหน่วยงานที่รับสมัครรายละเอียดตาม QR Code ท้ายหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน ☐ กลุ่มงานการเงินและบัญชี
☐ กลุ่มงานพัสดุ
☑ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
☐ .....

25 พ.ค. 2569

กรมสุขภาพจิต
๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๙

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
เลขรับหนังสือ 4052
หนังสือเข้า 26/5/69 9.55
หนังสือออก.....

๒.) เรียน ผอ.

กองบริหารทรัพยากรบุคคล ขอประชาสัมพันธ์การรับโอนข้าราชการเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการในตำแหน่งต่าง ๆ กรมสุขภาพจิต ๑๑ ตำแหน่ง ๒๔๓ อัตรา เปิดรับสมัครทางระบบอินเทอร์เน็ต ระหว่างวันที่ ๒๕ พ.ค. – ๑๗ มิ.ย. ๖๙ ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

- เห็นประชาสัมพันธ์บนเว็บไซต์ รพ.สวนปรุง ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นางสาวสุภาวดี แก้วสุวรรณ)
นักทรัพยากรบุคคล
วันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๙

กองบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๘๐๖๒

รายละเอียดตำแหน่งที่รับโอน

ทราบ

(นายวชระ เชมะวิชานุรัตน์)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง
26 พ.ค. 2569

กองบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขรับ 4667
วันที่ 15 พ.ค. 2569
เวลา ๑๑.๑๑

กรมสุขภาพจิต
เลขรับ ๓๕๕๖
วันที่ ๑๔ พ.ค. ๒๕๖๙
เวลา ๑๕.๕๖ น.

ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๓/ว ๔๒๔๖

ถึง หน่วยงานต่าง ๆ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) กรมทุกกรม และสำนักงานรัฐมนตรี

ด้วยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศรับสมัครสอบแข่งขันเพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (ด้านทันตสาธารณสุข) นิติกรปฏิบัติการ นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน (ด้านเวชกิจฉุกเฉิน) เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน เจ้าพนักงานพัสดุปฏิบัติงาน นายช่างโยธาปฏิบัติงาน นายช่างเทคนิคปฏิบัติงาน (ด้านโยธา) และนายช่างเทคนิคปฏิบัติงาน (ด้านไฟฟ้า) โดยรับสมัครทางระบบอินเทอร์เน็ต ระหว่างวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๙ ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ทางเว็บไซต์ https://moph.jobthaigov.com ทั้งนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ในการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ประกาศรับสมัครสอบแข่งขันฯ ดังกล่าว ให้ผู้ที่สนใจทราบโดยทั่วกัน โดยสามารถดาวน์โหลดประกาศรับสมัครสอบแข่งขันฯ และแผ่นประชาสัมพันธ์การรับสมัครสอบแข่งขันฯ ได้ทางเว็บไซต์กองบริหารทรัพยากรบุคคล https://moph.cc/compe_recruit หรือทาง QR Code ด้านล่างนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่และผู้สนใจได้ทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๙

ประกาศสป.สธ.
เรื่อง รับสมัครสอบแข่งขันฯ

https://moph.cc/compe_recruit

มอบ ☐ ก. บำเหน็จฯ
☑ ก. สรรหาฯ
☐ ก. วินัยฯ

(นายชัยณรงค์ บุรินทร์กุล)
ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล
18 พ.ค. 2569

กองบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๑๓๔๖
โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๓๔๖
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ recruit.moph@gmail.com

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
OFFICE OF THE PERMANENT SECRETARY

รับสมัครสอบแข่งขัน

เพื่อบรรจุและแต่งตั้งบุคคลเข้ารับราชการ พ.ศ. 2569

จำนวน **11** ตำแหน่ง **243** อัตรา

ตำแหน่ง

- นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
- นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (ด้านทันตสาธารณสุข)
- นิติกรปฏิบัติการ
- นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ
- เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน (ด้านเวชกิจฉุกเฉิน)
- เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน
- เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน
- เจ้าพนักงานพัสดุปฏิบัติงาน
- นายช่างโยธาปฏิบัติงาน
- นายช่างเทคนิคปฏิบัติงาน (ด้านโยธา)
- นายช่างเทคนิคปฏิบัติงาน (ด้านไฟฟ้า)

เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่

25 พ.ค. - 17 มิ.ย. 2569

SCAN ME

สมัคร & รายละเอียดเพิ่มเติม

https://moph.jobthaigov.com

คุณสมบัติ

- วุฒิปริญญาตรี / อนุปริญญา / ปวส.
- มีผลสอบภาค ก. ภายในวันสอบสัมภาษณ์

งานสอบแข่งขัน กลุ่มงานสรรหาบุคคล กองบริหารทรัพยากรบุคคล 0 2590 1346

FOLLOW US HRMOPH

กองบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขรับ 4669
วันที่ 15 พ.ค. 2569
เวลา 9.14

กรมสุขภาพจิต
เลขรับ ๓๕๕๓
วันที่ ๑๔ พ.ค. ๒๕๖๙
เวลา ๑๕.๔๔ น.

ที่ สธ ๐๒๑๑/ว๘๒๘๙

913
19 พ.ค. 69
9.13

ถึง ส่วนราชการระดับกระทรวง กรม หรือเทียบเท่า ทุกส่วนราชการ กรมทุกกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สถาบันพระบรมราชชนก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑ – ๑๓ โรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่ง โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

ด้วยกองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการเปิดรับสมัครคัดเลือกข้าราชการ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ หรือระดับชำนาญการ จึงขอประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือก กรอกใบสมัครและยื่นเอกสารประกอบการสมัครต่างๆ ด้วยตนเองหรือส่งทางไปรษณีย์หรือส่งส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ กำหนดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๔ พฤษภาคม ถึงวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๙ รายละเอียดปรากฏตาม QR Code ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๙

มอบ ☐ ก. บำเหน็จฯ
☑ ก. สรรหาฯ
☐ ก. วินัยฯ

(นายชัยณรงค์ บุรินทร์กุล)
ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล
18 พ.ค. 2569

กองสาธารณสุขฉุกเฉิน
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๑๘๕๒
โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๗๗๑

เอกสารแนบ

ประกาศกองสาธารณสุขฉุกเฉิน
เรื่อง การคัดเลือกข้าราชการมาแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
นักวิชาการสาธารณสุข ประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ หรือระดับชำนาญการ
กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ด้วยกองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะดำเนินการคัดเลือกข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ หรือระดับชำนาญการ กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

๑. ตำแหน่งที่คัดเลือก

ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ หรือระดับชำนาญการ กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๒ อัตรา

๒. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการคัดเลือก

๒.๑ เป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ และข้าราชการประเภทอื่นๆ ซึ่งดำรงตำแหน่งและระดับที่ ก.พ. กำหนดว่าสามารถเทียบเคียงกันได้กับตำแหน่งที่เปิดรับสมัคร

๒.๒ ผู้สมัครต้องมีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งของสำนักงาน ก.พ. โดยมีอายุราชการและมีประสบการณ์ในงานที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่เปิดรับสมัคร เป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๑ ปี นับถึงวันที่ปิดรับสมัคร

กรณีตำแหน่งปัจจุบันของผู้สมัครไม่ตรงกับตำแหน่งที่เปิดรับสมัคร ให้แนบหลักฐานที่แสดงถึงประสบการณ์หรือลักษณะงานที่ได้รับมอบหมายงานที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่เปิดรับสมัคร โดยมีอายุราชการและมีประสบการณ์ในงานที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่เปิดรับสมัคร เป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๑ ปี นับถึงวันที่ปิดรับสมัคร

๒.๓ เป็นผู้ที่ไม่อยู่ระหว่างถูกลงโทษ หรือเคยถูกลงโทษทางวินัย หรือทางอาญา หรืออยู่ระหว่างการถูกสอบสวนวินัย หรืออยู่ระหว่างถูกดำเนินคดีอาญา

๓. เอกสารที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร

๓.๑ แบบตรวจสอบเอกสารประกอบการสมัคร จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๒ กรอกใบสมัคร พร้อมกรอกคำรับรองของผู้บังคับบัญชายินยอมให้ข้าราชการในสังกัดสมัครเพื่อรับย้าย/รับโอน ตามแบบฟอร์มที่แนบท้ายประกาศนี้ จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๓.๓ รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด ๑ x ๑.๕ นิ้ว จำนวน ๑ รูป (ติดในใบสมัคร)

๓.๔ สำเนาทะเบียนประวัติรับราชการ (ก.พ.๗) จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๕ สำเนาปริญญาบัตร หรือสำเนาประกาศนียบัตร หรือหนังสือรับรองฉบับสถานศึกษาอย่างใดอย่างหนึ่ง และสำเนาระเบียนแสดงผลการศึกษา (Transcript of Records) จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๓.๖ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่และสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๓.๗ สำเนาหลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี) เช่น ใบสำคัญการสมรส ใบสำคัญเปลี่ยนชื่อตัว - ชื่อสกุล (กรณีชื่อ – นามสกุล ในหลักฐานการสมัครไม่ตรงกัน) กรณีตำแหน่งปัจจุบันของผู้สมัครไม่ตรงกับตำแหน่งที่เปิดรับสมัคร ให้แนบหลักฐานที่แสดงถึงประสบการณ์หรือลักษณะงานที่ได้รับมอบหมายงานที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่เปิดรับสมัคร จำนวน ๑ ฉบับ

สำเนาเอกสาร...

สำเนาเอกสารทุกฉบับให้ผู้สมัครเขียนคำว่า “สำเนาถูกต้อง” และลงลายมือชื่อ กำกับไว้ด้วย

ทั้งนี้ เป็นหน้าที่ของผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกที่จะต้องตรวจสอบเอกสารหลักฐานการสมัครให้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามที่กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด อนึ่ง หากตรวจพบภายหลังว่าหลักฐานและเอกสารที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร ไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้อง หรือไม่เป็นไปตามประกาศรับสมัครกองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถือว่าผู้สมัครเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครครั้งนี้มาตั้งแต่ต้น จะไม่มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก

๔. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร

๔.๑ ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือก ส่งใบสมัครและเอกสารประกอบการสมัครต่างๆ ด้วยตนเองได้ที่กลุ่มภารกิจอำนวยการ กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ชั้น ๗ อาคาร ๗ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ ๑๔ พฤษภาคม ถึงวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๙ ในวันและเวลาราชการ

๔.๒ ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือก ส่งใบสมัครและเอกสารประกอบการสมัครต่างๆ ทางไปรษณีย์ไปยังกลุ่มภารกิจอำนวยการ กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ชั้น ๗ อาคาร ๗ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ ตั้งแต่วันที่ ๑๔ พฤษภาคม ถึงวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๙ ทางไปรษณีย์ลงทะเบียน และหรือไปรษณีย์ด่วนพิเศษ (EMS) โดยถือวันประทับตราส่งไปรษณีย์เป็นสำคัญเอกสารที่ส่งหลังวันปิดรับสมัครจะไม่รับพิจารณา

๔.๓ ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือก ส่งใบสมัครและเอกสารประกอบการสมัครต่างๆ ในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ (ไฟล์นามสกุล PDF) ไปยังไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ hrmdphem@moph.go.th ตั้งแต่วันที่ ๑๔ พฤษภาคม ถึงวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๙ ภายในเวลา ๑๖.๓๐ น. หากพ้นกำหนดเวลาดังกล่าวจะไม่ได้รับการพิจารณา

๕. วิธีการคัดเลือก

กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะคัดเลือกด้วยวิธีการสัมภาษณ์โดยคณะกรรมการคัดเลือก และพิจารณาจากข้อมูลในใบสมัครฯ ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ผลงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะแสดงออกถึงความรู้ ความสามารถ และความเหมาะสมกับตำแหน่งตามที่ได้ประกาศไว้

๖. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก วัน เวลา สถานที่ และระเบียบเกี่ยวกับการเข้ารับการคัดเลือก

กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก วัน เวลา สถานที่ และระเบียบเกี่ยวกับการเข้ารับการคัดเลือก ภายในวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๙ ทางเว็บไซต์กองสาธารณสุขฉุกเฉิน https://pher.moph.go.th/ เลือกหัวข้อ “ประชาสัมพันธ์” และเลือกหัวข้อ “รับสมัครงาน”

๗. การดำเนินการรับย้าย/รับโอน

กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะดำเนินการรับย้ายหรือรับโอนผู้ผ่านการคัดเลือกเมื่อได้รับความยินยอมจากหน่วยงานต้นสังกัดของผู้ผ่านการคัดเลือก ตามแนวทางและวิธีการย้ายหรือการโอนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่กลุ่มภารกิจอำนวยการ กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๑๘๕๒

กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะดำเนินการคัดเลือกด้วยความโปร่งใส ยุติธรรม และเสมอภาค ดังนั้น หากมีผู้ใดแอบอ้างว่าสามารถช่วยเหลือให้ได้รับการคัดเลือก หรือมีพฤติการณ์ในทำนองเดียวกันนี้ โปรดอย่าหลงเชื่อ และแจ้งให้กองสาธารณสุขฉุกเฉินทราบด้วย เพื่อดำเนินการตามกฎหมายต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายสฤษดิ์เดช เจริญไชย)
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฉุกเฉิน

ใบสมัครเลขที่.....

ใบสมัครคัดเลือกข้าราชการ
กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ติดรูปถ่าย
ขนาด
๑ × ๑.๕ นิ้ว

๑.ข้อมูลส่วนตัว

คำนำหน้านาม ชื่อ – นามสกุล .....

ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง..... ประเภท.....ระดับ.....

ปฏิบัติราชการที่ ฝ่าย/กลุ่ม/ศูนย์.....

กอง.....กรม.....กระทรวง.....

ดำรงตำแหน่งนี้ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ..... อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....บาท

เริ่มบรรจุรับราชการเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ..... ตำแหน่ง.....

กอง.....กรม.....กระทรวง.....

อายุราชการ..... ปี.....เดือน.....วัน (นับถึงวันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....)

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

วันเดือนปีเกิด..... | อายุ..... | สถานภาพการสมรส.....

ที่อยู่ปัจจุบัน อาคาร.....ห้องเลขที่..... ชั้นที่.....

เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....

แยก..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

E – mail Address.....

ขณะนี้ ❍ อยู่ในระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ
❍ พ้นจากการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ
❍ อยู่ในระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดูงาน หลักสูตร.....
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ..... ถึงวันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....
❍ ไม่อยู่ระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดูงาน
❍ อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานชดใช้ทุน หลักสูตร.....
ต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุน.....ปี ตั้งแต่วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. .....ถึงวันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....
❍ ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

❍ เป็นสมาชิก กบข. ประเภท ❍ สะสม ❍ ไม่สะสม
❍ ไม่เป็นสมาชิก กบข.

/๒. ข้าพเจ้า...

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเข้ารับการคัดเลือก

ตำแหน่ง..... ระดับ .....

เหตุผลในการสมัคร.....

.....

.....

ข้าพเจ้า ❍ ไม่เคยผ่านการประเมินบุคคลและผลงานมาก่อน

❍ เคยผ่านการประเมินบุคคลและผลงาน

โดยวิธีการ ❍ สอบ/ประเมินตาม ว ๒/๔๐, ว ๓๔/๔๗ ในตำแหน่ง .....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยวิธีการ ❍ ประเมินผลงานตาม ว ๑๖/๓๘, ว ๑๐/๔๘ ในตำแหน่ง.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยวิธีการ ❍ ประเมินผลงานตาม ว ๑๓/๖๔, ว ๑๔/๖๔ ในตำแหน่ง.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

กรณีขอย้าย

หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรงตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

❍ ยินยอมลดระดับ ❍ ไม่ยินยอมลดระดับ

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่ วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....

❍ ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย

❍ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

❍ อยู่ในระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

❍ มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอนำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

กรณีขอโอน

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่ วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....

❍ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอน

❍ ไม่ประสงค์จะรอเลื่อนระดับก่อนโอน

๓. ข้อมูลการศึกษา

วุฒิที่ได้รับ	สาขา/วิชาเอก	ชื่อสถานศึกษา	พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา
ปวท./ปวส.			
ปริญญาตรี			
ปริญญาโท			
ปริญญาเอก			
กำลังศึกษาต่อ/อื่น ๆ			

/๔. ประวัติ...

๔. **ประวัติการรับราชการ** (จากเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน แสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้นแต่ละระดับและการเปลี่ยนแปลงในการดำรงตำแหน่งในสายงานต่าง ๆ)

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	สังกัด

๕. หน้าที่ความรับผิดชอบปัจจุบัน .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวทั้งหมดในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้ามีคุณสมบัติตามที่กำหนดในประกาศกองสาธารณสุขฉุกเฉิน ลงวันที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๙ และข้าพเจ้ายินยอมให้กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งยินยอมให้เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลในข้างต้น สำหรับวัตถุประสงค์ในการสมัครคัดเลือกข้าราชการ ทั้งนี้ เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ หรือกฎหมาย/ระเบียบข้อบังคับอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงยินยอมให้ตรวจสอบความถูกต้องในรายละเอียดใบสมัคร

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. .....

คำรับรองของผู้บังคับบัญชายินยอมให้ข้าราชการในสังกัดสมัครเข้ารับการคัดเลือกข้าราชการ

ตามที่ นาย/นาง/นางสาว.....

ตำแหน่ง.....ประเภท .....ระดับ.....

ส่วนราชการ.....

ได้ยื่นใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกข้าราชการพลเรือนสามัญ ตำแหน่ง.....

ประเภท.....ระดับ..... กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นั้น

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....

ตำแหน่ง.....ประเภท .....ระดับ.....

ส่วนราชการ.....

รับทราบและยินดีให้ นาย/นาง/นางสาว.....

สมัครเข้ารับการคัดเลือกข้าราชการพลเรือนสามัญ ตำแหน่งดังกล่าวข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำรับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ : นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/ผู้อำนวยการกอง/สำนัก เป็นผู้ให้คำรับรองยินยอม

แบบตรวจสอบเอกสารประกอบการสมัคร

ตำแหน่งที่สมัคร..... ชื่อ – สกุล .....

ให้ตรวจสอบเอกสารและรายการที่ต้องส่ง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงหน้ารายการในช่อง ☐ ที่ระบุมาพร้อมนี้

☐ ๑. แบบตรวจสอบเอกสารประกอบการสมัคร	จำนวน ๑ ฉบับ
☐ ๒. ใบสมัครคัดเลือกข้าราชการ กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	จำนวน ๑ ฉบับ
☐ ๓. คำรับรองของผู้บังคับบัญชายินยอมให้ข้าราชการในสังกัดสมัครเพื่อรับย้าย/รับโอน	จำนวน ๑ ฉบับ
☐ ๔. รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด ๑ x ๑.๕ นิ้ว จำนวน ๑ รูป (ติดในใบสมัครเรียบร้อย)	จำนวน ๑ รูป
☐ ๕. สำเนาทะเบียนประวัติรับราชการ (ก.พ.๗)	จำนวน ๑ ฉบับ
☐ ๖. สำเนาปริญญาบัตร หรือสำเนาประกาศนียบัตร หรือหนังสือรับรองฉบับสถานศึกษาอย่างใดอย่างหนึ่ง	จำนวน ๑ ฉบับ
☐ ๗. สำเนาระเบียนแสดงผลการศึกษา (Transcript of Records)	จำนวน ๑ ฉบับ
☐ ๘. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่	จำนวน ๑ ฉบับ
☐ ๙. สำเนาทะเบียนบ้าน	จำนวน ๑ ฉบับ
☐ ๑๐ . อื่นๆ (ถ้ามี).....	

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบเอกสารประกอบการสมัครดังกล่าวข้างต้น มีความถูกต้อง ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบเอกสารของผู้สมัครแล้วพบว่า

☐ ถูกต้อง ครบถ้วน

☐ เอกสารไม่ครบถ้วน เนื่องจาก.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ประชุมปฏิบัติการ

การจัดการสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ

รุ่นที่ 1

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
Division of Public Health Emergency Management

กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข

ระหว่างวันที่ 14 พฤศจิกายน ถึง วันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2569

ณ โรงแรมในกลุ่มจังหวัดภาคใต้

ระยะเวลาการฝึกอบรม 2 วัน

กลุ่มเป้าหมายผู้เข้าอบรม

ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานด้านการจัดการสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ

ค่าลงทะเบียน

ท่านละ 7,500 บาท (เจ็ดพันห้าร้อยบาทถ้วน)
ค่าลงทะเบียนรวม ค่าที่พัก 1 คืน ค่าอาหาร 3 มื้อ ค่าอาหารว่าง 2 มื้อ

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โทร 0 2590 1852 ในวันและเวลาราชการ
(วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา 08.30 - 16.30 น.)

ประชุมเชิงปฏิบัติการ

รวมพลังสร้างสุขภาวะชุมชน

ระดับ 2 ภาคใต้ รวมกิจกรรมกลุ่มอาชีพ รวมผลิตภัณฑ์ชุมชน

รวมกลุ่มเกษตรกรรมยั่งยืน กลุ่มอาชีพรวมพลังสร้างสุขภาวะชุมชน

วันที่ 14 กรกฎาคม 2569 ณ ศูนย์ประชุมและที่พักเขาหลัก จังหวัดพังงา

กองบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขรับ 4548
วันที่ 12 พ.ค. 2569
เวลา 9๐๕

กรมสุขภาพจิต
เลขรับ ๓๔๑๖
วันที่ ๑๑ พ.ค. ๒๕๖๙
เวลา ๑๒.๓๐ น.

863
12 พ.ค. 69
13.48

ที่ สธ ๐๖๕๒/ว ๖๑๕

ถึง กระทรวง และกรมต่างๆ

ด้วยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีความประสงค์จะรับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ ตำแหน่งเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ ระดับปฏิบัติงานหรือชำนาญงาน ตำแหน่งเลขที่ ๖๖๘ กลุ่มภูมิคุ้มกันวิทยา สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข (ปฏิบัติราชการที่สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์) รายละเอียดปรากฏตามเอกสารแนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดเผยแพร่ข่าวการรับโอนข้าราชการครั้งนี้ ให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณ

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
๗ พฤษภาคม ๒๕๖๙

กองบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร. ๐ ๒๕๙๑ ๕๒๓๒
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@dmsc.mail.go.th

ประกาศกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
เรื่อง รับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ

ด้วยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีความประสงค์จะรับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ มาดำรงตำแหน่ง เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ ระดับปฏิบัติงานหรือชำนาญงาน ในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. ตำแหน่งที่จะรับโอน

ตำแหน่งเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ ระดับปฏิบัติงานหรือชำนาญงาน ตำแหน่งเลขที่ ๖๖๘ กลุ่มภูมิคุ้มกันวิทยา สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข (ปฏิบัติราชการที่สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์) จำนวน ๑ อัตรา

๒. คุณสมบัติที่ต้องการ

มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งตามที่ ก.พ. กำหนด และเป็นผู้ที่มีความรู้ประสบการณ์ในงานที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งดังกล่าวข้างต้น

๓. การยื่นเอกสารแสดงความจำนงขอโอน

ให้ส่งใบขอโอนได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนถึงวันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๙ โดยสามารถยื่นด้วยตนเองในวันเวลาราชการ หรือยื่นทางไปรษณีย์ ดังนี้

๓.๑ ยื่นใบขอโอนด้วยตนเองที่กลุ่มบริหารจัดการ สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ อาคาร ๒ ชั้น ๑ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

๓.๒ ยื่นใบขอโอนทางไปรษณีย์ โดยจ่าหน้าซองถึง กลุ่มบริหารจัดการ สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อาคาร ๑ ชั้น ๒ เลขที่ ๘๘/๗ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ วงเล็บมุมซอง "ใบขอโอน" โดยให้ถือวันที่ประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ

ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดและดาวน์โหลดเอกสารเพิ่มเติมที่เว็บไซต์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ http://www.dmsc.moph.go.th คลิกที่หัวข้อ ข่าวประกาศของหน่วยงาน สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๑ ๐๐๐๐ ต่อ ๙๘๓๕๕-๖, ๙๙๓๔๗ หรือ ๐๙ ๔๗๑๐ ๐๗๑๙

๔. เอกสารและหลักฐานที่ต้องยื่น

ให้ส่งใบขอโอนมารับราชการในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์พร้อมหลักฐานประกอบการโอน อย่างละ ๑ ฉบับ (สำเนาหลักฐานการโอนทุกฉบับให้เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง พร้อมลงชื่อและวันเดือนปีกำกับของสำเนาเอกสารนั้น) ได้แก่

๔.๑ ใบขอโอน โดยให้ผู้บังคับบัญชาเซ็นรับรองการโอน

๔.๒ รูปถ่ายหน้าตรงขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป

๔.๓ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน

๔.๔ สำเนา ก.พ. ๗

๔.๕ สำเนาปริญญาบัตรและสำเนาวุฒิการศึกษา

๔.๖ สำเนาหลักฐานอื่น ๆ เช่นใบเปลี่ยนชื่อตัวหรือชื่อนามสกุล (ถ้ามี)

๕. วิธีการคัดเลือก...

๕. วิธีการคัดเลือก

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยสถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์จะคัดเลือกจากผู้ที่มีคุณสมบัติ ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ที่เหมาะสมอันเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน โดยพิจารณาจากใบขอโอน ประวัติการศึกษา ประวัติการทำงาน และอาจมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติม (หากมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจะแจ้งวัน เวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ให้ทราบภายหลัง)

ประกาศ ณ วันที่ ๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายพิเชฐ บัญญัติ)
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
Department of Medical Sciences

ติดรูปถ่าย
ขนาด ๑ นิ้ว

ใบขอโอนมารับราชการสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอโอนมารับราชการ

เรียน อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

๑. ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี วุฒิ.....สาขา..... สำเร็จจาก..... และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรม และได้รับวุฒิบัตรแพทย์ทาง.....ตามที่ได้แนบมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว จำนวน.....ชุด

๒. ข้าพเจ้าเริ่มรับราชการ เมื่อวันที่....เดือน.....พ.ศ.....รวมเป็นเวลาราชการ.....ปี.....เดือน ขณะนี้รับราชการเป็นข้าราชการ..... ตำแหน่ง..... ระดับ.....ฝ่าย.....กอง/ศูนย์/สำนัก..... กรม.....กระทรวง.....จังหวัด..... เงินเดือน.....บาท มือถือ.....อีเมล.....

๓. ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอโอนมารับราชการสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในตำแหน่ง .....ระดับ..... กอง/ศูนย์/สถาบัน/สำนัก/กลุ่ม/ฝ่าย.....

๔. ข้าพเจ้ามีเหตุผลในการขอโอนครั้งนี้ คือ..... .....

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว จำนวน.....ฉบับ

๕. หากตำแหน่งที่ใช้รับโอนข้าพเจ้าเป็นตำแหน่งที่มีอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่ในปัจจุบัน ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับเงินเดือนขั้นที่มีอยู่ของตำแหน่งที่จะรับโอนไปก่อนจนกว่ากรมบัญชีกลางจะสั่งพอกอัตราให้

๖. กรณีที่ ก.พ. อนุมัติให้รับโอนในระดับ และอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ได้รับอยู่เดิม ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย/ใน ☐ ที่ต้องการ)

☐ ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ ☐ ไม่ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ

๗. การโอนครั้งนี้ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย / ใน ○ ที่ต้องการ)

๗.๑ เงินค่าขนย้ายครอบครัว	○ ขอเบิก	○ ไม่ขอเบิก
๗.๒ เงินค่าพาหนะเดินทาง	○ ขอเบิก	○ ไม่ขอเบิก
๗.๓ เงินค่าเบี้ยเลี้ยง	○ ขอเบิก	○ ไม่ขอเบิก
๗.๔ เงินค่าเช่าบ้าน	○ ขอเบิก	○ ไม่ขอเบิก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอโอน

(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า .....ตำแหน่ง.....
ระดับ.....(ส่วนราชการ).....
เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า .....
เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม และเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ ในหน้าที่การงานดี มีความสนใจ และอุตสาหะในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

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

หมายเหตุ ๑. กรณีขอโอนติดตามคู่สมรส ให้แนบหลักฐานที่แสดงว่าคู่สมรสมีภูมิลำเนา หรือปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัด ที่ขอโอนไป

๒. กรณีขอโอนกลับภูมิลำเนาเดิม ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม

๓. กรณีขอโอนเพื่อดูแลบิดา มารดา หรือ บุตร ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา หรือบุตร และใบรับรองแพทย์ ในกรณีที่บิดา มารดา หรือ มีโรคประจำตัว

๔. หลักฐานอื่นๆ เช่นสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ใบเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล (ถ้ามี)

กองบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขรับ 4579
วันที่ 12 พ.ค. 2569
เวลา ๑๓.๐๙

กรมสุขภาพจิต
เลขรับ ๓๔๑๘
วันที่ ๑๑ พ.ค. ๒๕๖๙
เวลา ๑๒.๓๘ น.

ที่ สธ ๐๖๕๒/ว ๖๒๓

ถึง กระทรวง และกรมต่างๆ

ด้วยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีความประสงค์จะรับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ ตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ ระดับปฏิบัติงานหรือชำนาญงาน ตำแหน่งเลขที่ ๒๕๔ ฝ่ายบริหารทั่วไป ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑ เชียงใหม่ (ปฏิบัติราชการที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑/๑ เชียงราย)จำนวน ๑ อัตรา โดยมีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง รายละเอียดปรากฏตามเอกสารแนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดเผยแพร่ข่าวการรับโอนข้าราชการครั้งนี้ ให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณ

กองบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร. ๐ ๒๕๙๑ ๕๒๓๒
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@dmsc.mail.go.th

ประกาศกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
เรื่อง รับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ

ด้วยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีความประสงค์จะรับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ มาดำรงตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ ระดับปฏิบัติงานหรือชำนาญงาน ในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. ตำแหน่งที่จะรับโอน

ตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ ระดับปฏิบัติงานหรือชำนาญงาน ตำแหน่งเลขที่ ๒๕๔ ฝ่ายบริหารทั่วไป ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑ เชียงใหม่ (ปฏิบัติราชการที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑/๑ เชียงราย) จำนวน ๑ อัตรา

๒. คุณสมบัติที่ต้องการ

มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งตามที่ ก.พ. กำหนด และมีประสบการณ์ในงานที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งดังกล่าวข้างต้น

๓. การยื่นเอกสารแสดงความจำนงขอโอน

ให้ส่งใบขอโอนได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนถึงวันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๙ โดยสามารถยื่นด้วยตนเองในวันเวลาราชการ หรือยื่นทางไปรษณีย์ ดังนี้

๓.๑ ยื่นใบขอโอนด้วยตนเองที่ฝ่ายบริหารทั่วไป ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑/๑ เชียงราย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

๓.๒ ยื่นใบขอโอนทางไปรษณีย์ โดยจ่าหน้าซองถึง ฝ่ายบริหารทั่วไป ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑/๑ เชียงราย เลขที่ ๑๔๘ หมู่ที่ ๓ ตำบลนางแล อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย ๕๗๑๐๐ วงเล็บมุมซอง "ใบขอโอน" โดยให้ถือวันที่ประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ

ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดและดาวน์โหลดเอกสารเพิ่มเติมที่เว็บไซต์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ http://www.dmsc.moph.go.th คลิกที่หัวข้อ ข่าวประกาศของหน่วยงาน สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๕๓๑๗ ๖๒๒๔-๖ ต่อ ๑๐๓, ๑๐๔, ๑๑๑ หรือ ๐๖ ๔๒๓๗ ๙๒๙๒

๔. เอกสารและหลักฐานที่ต้องยื่น

ให้ส่งใบขอโอนมารับราชการในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์พร้อมหลักฐานประกอบการโอน อย่างละ ๑ ฉบับ (สำเนาหลักฐานการโอนทุกฉบับให้เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง พร้อมลงชื่อและวันเดือนปีกำกับของสำเนาเอกสารนั้น) ได้แก่

๔.๑ ใบขอโอน โดยให้ผู้บังคับบัญชาเซ็นรับรองการโอน

๔.๒ รูปถ่ายหน้าตรงขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป

๔.๓ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน

๔.๔ สำเนา ก.พ. ๗

๔.๕ สำเนาปริญญาบัตรและสำเนาวุฒิการศึกษา

๔.๖ สำเนาหลักฐานอื่น ๆ เช่นใบเปลี่ยนชื่อตัวหรือชื่อนามสกุล (ถ้ามี)

๕. วิธีการคัดเลือก...

๕. วิธีการคัดเลือก

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑/๑ เชียงราย จะคัดเลือกจากผู้ที่มีคุณสมบัติ ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ที่เหมาะสมอันเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน โดยพิจารณาจากใบขอโอน ประวัติการศึกษา ประวัติการทำงาน และอาจมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติม (หากมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจะแจ้งวัน เวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ให้ทราบภายหลัง)

ประกาศ ณ วันที่ ๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายพิเชฐ บัญญัติ)
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
Department of Medical Sciences

ติดรูปถ่าย
ขนาด ๑ นิ้ว

ใบขอโอนมารับราชการสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอโอนมารับราชการ

เรียน อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

๑. ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี วุฒิ.....สาขา..... สำเร็จจาก..... และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรม และได้รับวุฒิบัตรแพทย์ทาง.....ตามที่ได้แนบมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว จำนวน.....ชุด

๒. ข้าพเจ้าเริ่มรับราชการ เมื่อวันที่....เดือน.....พ.ศ.....รวมเป็นเวลาราชการ.....ปี.....เดือน ขณะนี้รับราชการเป็นข้าราชการ..... ตำแหน่ง..... ระดับ.....ฝ่าย.....กอง/ศูนย์/สำนัก..... กรม.....กระทรวง.....จังหวัด..... เงินเดือน.....บาท มือถือ.....อีเมล.....

๓. ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอโอนมารับราชการสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในตำแหน่ง .....ระดับ..... กอง/ศูนย์/สถาบัน/สำนัก/กลุ่ม/ฝ่าย.....

๔. ข้าพเจ้ามีเหตุผลในการขอโอนครั้งนี้ คือ..... .....

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว จำนวน.....ฉบับ

๕. หากตำแหน่งที่ใช้รับโอนข้าพเจ้าเป็นตำแหน่งที่มีอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่ในปัจจุบัน ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับเงินเดือนขั้นที่มีอยู่ของตำแหน่งที่จะรับโอนไปก่อนจนกว่ากรมบัญชีกลางจะสั่งพอกอัตราให้

๖. กรณีที่ ก.พ. อนุมัติให้รับโอนในระดับ และอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ได้รับอยู่เดิม ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย/ใน ☐ ที่ต้องการ)

☐ ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ ☐ ไม่ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ

๗. การโอนครั้งนี้ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย / ใน ○ ที่ต้องการ)

๗.๑ เงินค่าขนย้ายครอบครัว	○ ขอเบิก	○ ไม่ขอเบิก
๗.๒ เงินค่าพาหนะเดินทาง	○ ขอเบิก	○ ไม่ขอเบิก
๗.๓ เงินค่าเบี้ยเลี้ยง	○ ขอเบิก	○ ไม่ขอเบิก
๗.๔ เงินค่าเช่าบ้าน	○ ขอเบิก	○ ไม่ขอเบิก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอโอน

(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า .....ตำแหน่ง.....
ระดับ.....(ส่วนราชการ).....
เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า .....
เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม และเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ ในหน้าที่การงานดี มีความสนใจ และอุตสาหะในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

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

หมายเหตุ ๑. กรณีขอโอนติดตามคู่สมรส ให้แนบหลักฐานที่แสดงว่าคู่สมรสมีภูมิลำเนา หรือปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัด ที่ขอโอนไป

๒. กรณีขอโอนกลับภูมิลำเนาเดิม ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม

๓. กรณีขอโอนเพื่อดูแลบิดา มารดา หรือ บุตร ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา หรือบุตร และใบรับรองแพทย์ ในกรณีที่บิดา มารดา หรือ มีโรคประจำตัว

๔. หลักฐานอื่นๆ เช่นสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ใบเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล (ถ้ามี)