



ประกาศคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกบุคคลเพื่อย้ายไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

..... ..
ด้วยคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานให้ดำรงตำแหน่งประเภท
วิชาการ ระดับชำนาญการและระดับชำนาญการพิเศษ ที่ อ.ก.พ.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง
จะดำเนินการคัดเลือกข้าราชการเพื่อย้ายไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ซึ่งเป็นตำแหน่งจะว่างเนื่องจากผู้ดำรงตำแหน่งจะพ้นจาก
ราชการเพราะครบเกษียณอายุเมื่อสิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๑ ตำแหน่ง,
เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด
จึงประกาศรับสมัครคัดเลือก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้,

ก. ตำแหน่งที่รับสมัคร

- ตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่
๒๙๓๒๕ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองตราด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

ข. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการคัดเลือก

๑. มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง ตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งตามที่ ก.พ.กำหนด
๒. มีคุณสมบัติสำหรับการประเมินบุคคลเพื่อย้าย ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว
๑๐ ลงวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๔๘
๓. มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการเกี่ยวกับการย้ายข้าราชการ ของสำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๔

ค. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร

ผู้มีคุณสมบัติยื่นใบสมัครและเอกสาร ตามที่คณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ กำหนด พร้อม
หนังสือนำส่งจากหน่วยงานต้นสังกัดได้ที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด
ตั้งแต่วันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๓ ในวันและเวลาราชการ โดยดูจากการประทับตรา
ลงรับหนังสือราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด เป็นสำคัญ

ง. เอกสารที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร (จัดทำอยู่ในรูปเล่มเดียวกัน ฉบับจริง ๑ ชุด สำเนา ๕ ชุด)

๑. ใบสมัครและเอกสารประกอบการคัดเลือก จำนวน ๖ ชุด
๒. สำเนาทะเบียนประวัติ (ก.พ.๗) จำนวน ๖ ชุด
๓. สำเนาวุฒิการศึกษา (สูงสุด) และสำเนาใบประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) จำนวน ๖ ชุด
๔. สำเนาคำสั่งแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่ทางการบริหาร เช่น หัวหน้ากลุ่มงาน,
สาธารณสุขอำเภอ,ผอ.รพสต. ฯลฯ (ถ้ามี) จำนวน ๖ ชุด
๕. เอกสารแสดงวิสัยทัศน์ /แนวทางการพัฒนางานในตำแหน่งที่สมัคร ความยาวไม่เกิน
๑ หน้ากระดาษ A ๔ (ประกอบการนำเสนอคณะกรรมการคัดเลือกฯ) จำนวน ๖ ชุด
๖. ใบขอย้าย จำนวน ๖ ชุด

/จ. หลักเกณฑ์

ค. น

จ. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก

คณะกรรมการฯ จะพิจารณาคัดเลือกบุคคลโดยคำนึงถึงความรู้ ความสามารถ และประโยชน์ที่ทางราชการจะได้รับ โดยพิจารณาจากใบสมัครและเอกสารประกอบการคัดเลือก ผลงานและประวัติการรับราชการที่ผ่านมา ตลอดจนการนำเสนอวิสัยทัศน์ และการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แสดงออกถึงความรู้ ความสามารถ ความเหมาะสมของผู้สมัครมากที่สุด โดยมีองค์ประกอบที่จะใช้ในการพิจารณา ดังนี้

๑. ความรู้ความสามารถและความชำนาญในการปฏิบัติงาน

๒. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง

๓. การปฏิบัติตนเหมาะสมกับการเป็นข้าราชการ

๔. ผลงานหรือผลการปฏิบัติงาน

๕. เกณฑ์อื่นๆ เช่น การแสดงวิสัยทัศน์ บุคลิกภาพ การตอบคำถาม เป็นต้น

ทั้งนี้ ผู้ได้รับการคัดเลือกจะต้องได้คะแนนรวมเฉลี่ยสูงสุด โดยได้คะแนนรวมเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(ลงชื่อ)



(นายบัญชา สรรพโส)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราด

ประธานกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ

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/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาในระดับต้น

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

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 ขอย้ายไปบริหารราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน

1. ข้าพเจ้า.....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. ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปบริหารราชการในตำแหน่ง.....

ระดับ.....ประจำ.....

เหตุผลในการขอย้าย.....

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว จำนวน.....ฉบับ

6. ตามที่ข้าพเจ้าได้ขอย้ายไปดำรงตำแหน่ง.....

(ส่วนราชการ).....

หากปรากฏว่าตำแหน่งที่ข้าพเจ้าจะขอย้ายไปเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรงอยู่ ข้าพเจ้า

() ยินยอมลดระดับ () ไม่ยินยอมลดระดับ

(พลิก)

7. ในการขอย้ายครั้งนี้หากทางราชการอนุญาตให้ย้ายได้ ข้าพเจ้า
[ให้ขีดเครื่องหมาย / ใน () ที่ต้องการ]

- | | | |
|---------------------------------|------------|---------------|
| 7.1 เงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว | () ขอเบิก | () ไม่ขอเบิก |
| 7.2 เงินค่าพาหนะเดินทาง | () ขอเบิก | () ไม่ขอเบิก |
| 7.3 เงินค่าเบี้ยเลี้ยง | () ขอเบิก | () ไม่ขอเบิก |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่

ตามที่ (นาย, นาง, นางสาว).....

ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ขอย้ายไปดำรงตำแหน่งทางจังหวัด นั้น ได้พิจารณา

- () ให้เบิกตามรายการที่ระบุใน 7
- () ให้เบิกเฉพาะรายชื่อ.....
- () ไม่ให้เบิก ทุกรายการที่ระบุใน 7

(ลงชื่อ).....

(.....)

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

- หมายเหตุ**
1. กรณีขอย้ายติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งย้าย หรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส
 2. กรณีขอย้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนา
 3. กรณีขอย้ายเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณีที่บิดา มารดา อายุต่ำกว่า 65 ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองแพทย์ด้วย
 4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป หรือผู้อำนวยการกอง หรือหัวหน้าหน่วยราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ เป็นผู้ให้คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่ แล้วแต่กรณี