



ที่ สธ ๐๙๓๕.๐๒/๖๑๕๑๒

ถึง กระทรวงและกรมต่าง ๆ

ด้วยสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง มีความประสงค์รับโอนข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง จำนวน ๑ ตำแหน่ง ดังนี้

๑. ตำแหน่งที่รับโอน

ตำแหน่งทันตแพทย์ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ/ชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ ๘๐๖ กลุ่มเทคนิคบริการและวิชาการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพะเขตเมือง (กรุงเทพมหานคร) ศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี (ปฏิบัติราชการที่สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง)

๒. คุณสมบัติที่ต้องการ

- มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งที่ ก.พ. กำหนด และมีประสบการณ์ในงานที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งดังกล่าวข้างต้น

๓. เอกสารหลักฐานประกอบการโอน

๓.๑ แบบหนังสือขอโอน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๒ รูปถ่ายหน้าตรงชุดปกติขาวขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป

๓.๓ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๔ สำเนาวุฒิการศึกษา จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๕ สำเนาระเบียนแสดงผลการศึกษา (Transcript) จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๖ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๗ สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๘ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๙ สำเนาทะเบียนประวัติการรับราชการ (ก.พ. ๗) ที่เป็นปัจจุบัน จำนวน ๑ ชุด

๓.๑๐ เอกสารอื่น (ถ้ามี) เช่น สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล

๔. การรับโอนข้าราชการ

๔.๑ กรณีผู้สมัครขอโอน ดำรงตำแหน่งเดียวกันกับที่ประกาศรับโอน ให้ผู้ขอโอนยื่นหนังสือขอโอนต่อผู้บังคับบัญชาของตน และให้หน่วยงานต้นสังกัดส่งเรื่องให้สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง พิจารณารายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย

๔.๒ กรณีผู้สมัครขอโอน ดำรงตำแหน่งต่างสายงานและไม่จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน (ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๘/๑๙๒๔ ลงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗) ให้ส่งแบบประเมินบุคคล และแบบแสดงรายละเอียดประกอบการพิจารณานำระยะเวลาดำรงตำแหน่งหรือเคยดำรงตำแหน่งในสายงานอื่น ซึ่งมีลักษณะงานเชิงวิชาการหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้องหรือเกื้อกูลมานับรวมเป็นระยะเวลาขั้นต่ำในการดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้ง มาพร้อมหนังสือขอโอนด้วย

๔.๓ ผู้สมัครขอโอนต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบและรับรองตนเองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไป และคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง รวมทั้งประสบการณ์ในการปฏิบัติงานตามที่กำหนดไว้ในประกาศรับโอนจริง โดยกรอกรายละเอียดต่าง ๆ ในแบบหนังสือขอโอน พร้อมทั้งยื่นเอกสารและหลักฐานให้ถูกต้องครบถ้วน หากหลักฐานไม่ครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ในประกาศ สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง จะไม่รับไว้พิจารณา

๔.๔ ผู้สมัครขอโอนต้องไม่อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อ หรือรับราชการชุดใช้ทุนกรณีศึกษาต่อ

๔.๕ สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง ขอสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับโอนหากพิจารณาและเห็นว่าผู้ประสงค์ขอโอนไม่เหมาะสมกับตำแหน่งที่จะรับโอน

๕. วิธีการคัดเลือก

สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง จะดำเนินการคัดเลือกโดยพิจารณาจากเอกสารและหลักฐานการขอโอน และ/หรือการสัมภาษณ์ ผลการตัดสินของคณะกรรมการถือเป็นที่สุด

๖. การดำเนินการ

ผู้มีความประสงค์จะสมัครขอโอนสามารถยื่นหลักฐานด้วยตนเองหรือทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ (EMS) ไปยังสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง เลขที่ ๑๘ ถนนพหลโยธิน แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน จังหวัดกรุงเทพมหานคร ๑๐๒๒๐ (รับโอน กลุ่มพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนกำลังคน) และติดต่อสอบถามทางโทรศัพท์ ๐ ๒๕๒๑ ๖๕๕๐ ต่อ ๓๐๓ ผู้ประสานงานคือ คุณวิชดา คุ่มยิ้ม ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ถึงวันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๘ ภายในวันเวลาราชการ และถือวันที่ทำการไปรษณีย์ต้นทางประทับตรารับจดหมายของผู้มีความประสงค์จะสมัครขอโอน ทั้งนี้ผู้มีความประสงค์สมัครขอโอนสามารถสแกนผ่านช่องทาง QR Code ตามเอกสารแนบท้ายนี้

จึงเรียนมาเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกัน จะเป็นพระคุณ



กลุ่มพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนกำลังคน
โทร. ๐ ๒๕๒๑ ๖๕๕๐ ต่อ ๓๐๓

เอกสารประกอบการขอโอนข้าราชการ

สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

๑. หนังสือขอโอน
๒. แบบประเมินบุคคลขอโอนฯ
๓. แบบแสดงรายละเอียดประกอบการพิจารณาฯ (เก็บบัตร)
๔. หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๘/๑๙๒๔ ลงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗

ในกรณีดำรงตำแหน่งต่างสายงานและไม่จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน
ให้แนบเอกสารตามข้อ ๒ และข้อ ๓ มาด้วย

