



ประกาศจังหวัดอ่างทอง

เรื่อง รั้งย้ายข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล
(นายแพทย์เชี่ยวชาญ) (ด้านเวชกรรมสาธารณสุข/ด้านเวชกรรมป้องกัน) ตำแหน่งเลขที่ ๑๐๘๔๙
โรงพยาบาลไชโย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

ด้วยจังหวัดอ่างทอง ประสงค์จะดำเนินการรั้งย้ายข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) (ด้านเวชกรรมสาธารณสุข/ด้านเวชกรรมป้องกัน) ตำแหน่ง
เลขที่ ๑๐๘๔๙ โรงพยาบาลไชโย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ตามแนวทางการคัดเลือกข้าราชการ
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสุข
ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๓๙/ว ๓๑ ลงวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. ตำแหน่งที่รับสมัคร

ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) (ด้านเวชกรรมสาธารณสุข/
ด้านเวชกรรมป้องกัน) ตำแหน่งเลขที่ ๑๐๘๔๙ โรงพยาบาลไชโย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

๒. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๒.๑ มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ที่ ก.พ.กำหนด

๒.๑.๑ ดำรงตำแหน่งนายแพทย์ ระดับเชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมสาธารณสุข/
ด้านเวชกรรมป้องกัน)

๒.๑.๒ มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์การย้ายข้าราชการของสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๔

๓. การรับสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือก ให้ยื่นเอกสารที่ต้องส่งในการสมัคร โดยผ่าน
ผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ตั้งแต่วันจันทร์ที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๒
ถึงวันศุกร์ ที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๒ และจะพิจารณาความเหมาะสมและคัดเลือกในวันพุธที่ ๑๖ มกราคม
๒๕๖๒ ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

๔. เอกสารที่ต้องส่งในการสมัคร ประกอบด้วย

๔.๑ ใบขอย้าย จำนวน ๗ ชุด (ต้นฉบับ ๑ สำเนา ๖)

๔.๒ แบบพิจารณาคุณสมบัติของบุคคล จำนวน ๗ ชุด (ต้นฉบับ ๑ สำเนา ๖)
(แบบสำเนา ก.พ.๗ และสำเนาวุฒิการศึกษา วุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตร)

๔.๓ แบบแสดงรายละเอียดการเสนอผลงาน จำนวน ๗ ชุด (ต้นฉบับ ๑ สำเนา ๖)

๔.๔ หนังสือยืนยันของผู้สมัคร จำนวน ๗ ชุด (ต้นฉบับ ๑ สำเนา ๖)
กรณีได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งแล้ว
จะปฏิบัติงานในตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้ง

/๕. หลักเกณฑ์...

๕. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก

๕.๑ คณะกรรมการฯ จะพิจารณาความเหมาะสมและคัดเลือกตามแนวทางการคัดเลือกข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนัยหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๓๖/ว ๓๑ ลงวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓ และตามหลักเกณฑ์การย้ายข้าราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๔

๕.๒ การพิจารณาคัดเลือกบุคคลจะพิจารณาจากองค์ประกอบและกำหนดคะแนนในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

๕.๒.๑ การพิจารณาความรู้ความสามารถและความชำนาญในการปฏิบัติงาน

๕.๒.๒ ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง

๕.๒.๓ การปฏิบัติตนเหมาะสมกับการเป็นข้าราชการ

๕.๒.๔ ผลงานหรือผลการปฏิบัติงาน

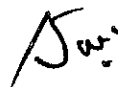
๕.๓ วิธีการคัดเลือก คณะกรรมการคัดเลือกบุคคลฯ จะพิจารณาโดยวิธีการสอบสัมภาษณ์ประกอบกับพิจารณาจากเอกสารใบสมัคร ผลงาน ประวัติการรับราชการ ทั้งนี้ ผู้ได้รับการคัดเลือกต้องได้คะแนนรวมกันไม่ต่ำกว่า ๖๐% โดยเรียงลำดับที่จากผู้ที่ได้คะแนนสูงสุดลงมาตามลำดับ

๖. การแต่งตั้ง

คณะกรรมการคัดเลือกฯ จะพิจารณาคัดเลือกผู้ที่เหมาะสมตามหลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกข้างต้น และแจ้งผลการพิจารณาคัดเลือกให้ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกฯ เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องแล้วส่งผลการพิจารณาให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาดำเนินการตามขั้นตอนต่อไป

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๑



(นายเววัต ประสงค์)
ผู้ว่าราชการจังหวัดอ่างทอง

ใบขอย้าย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง ขอย้าย

เรียน

๑. ข้าพเจ้า.....วุฒิการศึกษา

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเลขที่ วุฒิบัตร.....

๒. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง ระดับ.....

ตำแหน่งเลขที่..... ส่วนราชการ

ดำรงตำแหน่งเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. อัตราเงินเดือนปัจจุบัน บาท

ปฏิบัติราชการจริงที่.....

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

ขณะนี้ อยู่ในระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดูงาน หลักสูตร.....

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

ไม่อยู่ในระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/ดูงาน

อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานขอใช้ทุนหลักสูตร.....

ต้องปฏิบัติงานขอใช้ทุน ปี ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. ถึงวันที่

..... เดือน พ.ศ.

ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

๓. ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่ง ระดับ

ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอย้าย และได้แนบ

หลักฐานประกอบเหตุผลพร้อมนี้แล้วจำนวน ฉบับ

๔. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรง

ตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

ยินยอมลดระดับ ไม่ยินยอมลดระดับ

๕. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย

มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

อยู่ในระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอนำผลประเมินวิชาการ

ที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

/๖. ในการขอย้าย ...

ในที่ต้องการ)

๖. ในการขอย้ายครั้งนี้หากทางราชการอนุญาตให้ย้ายได้ ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย ✓

- ๖.๑ เงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว ขอเบิก ไม่ขอเบิก
๖.๒ เงินค่าพาหนะเดินทาง ขอเบิก ไม่ขอเบิก
๖.๓ เงินค่าเบี้ยเลี้ยง ขอเบิก ไม่ขอเบิก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) ผู้ขอย้าย
(.....)

คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่

ตามที่ (นาย , นาง , นางสาว)

ตำแหน่ง.....มีความประสงค์ขอย้ายไปดำรง
ตำแหน่งทางจังหวัด..... นั้น ได้พิจารณา

- ให้เบิกตามรายการที่ระบุใน ๖
 ให้เบิกเฉพาะรายการที่
 ไม่ให้เบิกทุกรายการที่ระบุใน ๖

(ลงชื่อ)
(.....)
...../...../.....

- หมายเหตุ ๑. กรณีขอย้ายติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งย้ายหรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส
๒. กรณีขอย้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม
๓. กรณีขอย้ายเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณีที่บิดา มารดา
อายุต่ำกว่า ๖๕ ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองจากแพทย์ด้วย
๔. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการกอง หรือ
หัวหน้าหน่วยราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้เป็นผู้ให้คำรับรอง
เบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับ ตำแหน่งใหม่ แล้วแต่กรณี

แบบพิจารณาคุณสมบัติของบุคคล

ตอนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล			
๑. ชื่อ (ผู้ขอรับการประเมิน).....			
๒. ตำแหน่ง (ปัจจุบัน).....ตำแหน่งเลขที่.....			
ส่วนราชการ.....			
.....			
ดำรงตำแหน่งปัจจุบันเมื่อวันที่.....			
อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....บาท			
๓. ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง			
.....			
๔. ประวัติส่วนตัว (จาก ก.พ. ๗)			
เกิดวันที่ เดือน..... พ.ศ.			
อายุราชการปีเดือน			
๕. ประวัติการศึกษา			
คุณวุฒิและวิชาเอก	ปีที่สำเร็จการศึกษา	สถาบัน	
- แพทยศาสตรบัณฑิต	
- วุฒิบัตรแสดงความรู้	แพทยสภา	
ความชำนาญในการประกอบ			
วิชาชีพเวชกรรมสาขา.....			
- หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความ	แพทยสภา	
ชำนาญในการประกอบวิชาชีพ			
เวชกรรมสาขา.....			
๖. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....			
วันออกใบอนุญาต..... วันหมดอายุ.....			
๗. ประวัติการรับราชการ (จากเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน แสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง			
ในระดับที่สูงขึ้นแต่ละระดับ และการเปลี่ยนแปลงในการดำรงตำแหน่งในสายงานต่าง ๆ)			
วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	อัตราเงินเดือน	สังกัด

ตอนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)			
๘. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน			
ปี	ระยะเวลา	หลักสูตร	สถาบัน
.....
.....
.....

๙. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (เคยปฏิบัติงานเกี่ยวกับอะไรบ้างที่นอกเหนือจากข้อ ๗ เช่น เป็นหัวหน้าโครงการ หัวหน้างาน กรรมการ อนุกรรมการ วิทยากร อาจารย์พิเศษ เป็นต้น)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....(ผู้ขอรับการประเมิน)

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ตอนที่ ๒ ผลการปฏิบัติงานและหรือผลสำเร็จของงาน									
๑. ผลการปฏิบัติงานย้อนหลัง ๓ ปี									
ลำดับ ที่	ลักษณะงานด้านบริการ/ ปฏิบัติการ	หน่วย นับ	ปริมาณงานด้านบริการ/ปฏิบัติการ						หมายเหตุ
			ปีงบประมาณ ๒๕๕๙		ปีงบประมาณ ๒๕๖๐		ปีงบประมาณ ๒๕๖๑		
			กลุ่ม งาน	เฉพาะ ตัว	กลุ่ม งาน	เฉพาะ ตัว	กลุ่ม งาน	เฉพาะ ตัว	

๒. ผลงานการสอนหรือฝึกอบรม ย้อนหลัง ๓ ปี					
ปีงบประมาณ	วิชาที่สอน/ฝึกอบรม	ผู้รับคำสอน/ ฝึกอบรม	จำนวน คน	จำนวน ชั่วโมง	หมายเหตุ

๓. ผลงานการให้คำปรึกษา ย้อนหลัง ๓ ปี					
ปีงบประมาณ	เรื่องให้คำปรึกษา	ผู้รับคำปรึกษา	จำนวน ครั้ง	จำนวนคน	หมายเหตุ

ตอนที่ ๓ การรับรองผลงาน

๑. คำรับรองของผู้ขอรับการประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๒. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงาน)

๒.๑ ผู้บังคับบัญชาระดับหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน

ได้ตรวจสอบผลงานของ.....

ที่เสนอให้ประเมินแล้ว เห็นว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

ความเห็นอื่น ๆ (ถ้ามี).....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๒.๒ ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

ได้ตรวจสอบผลงานของ.....

ที่เสนอให้ประเมินแล้ว เห็นว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

ความเห็นอื่น ๆ (ถ้ามี).....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๔. คำรับรองของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือ

ผู้อำนวยการกองหรือเทียบเท่าขึ้นไป)

ความเห็น.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบแสดงรายละเอียดการเสนอผลงาน

ชื่อ

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง.....

ตอนที่ ๑ หน้าที่ความรับผิดชอบ

๑. หน้าที่ความรับผิดชอบในปัจจุบัน

- ด้านบริหาร.....
- ด้านบริการ.....
- ด้านวิชาการ.....

๒. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง (ตามที่ ก.พ. กำหนด)

✱ ตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม สาขา.....) กำหนด ดังนี้

๑. ศึกษา ค้นคว้า วิจัย เพื่อพัฒนาวิธีการวินิจฉัย และบำบัดรักษา
๒. ให้บริการตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษาผู้ป่วยทาง.....
๓. ให้การสอนและฝึกอบรมทาง..... แก่แพทย์, แพทย์ใช้ทุน, แพทย์ประจำบ้าน, นักศึกษาแพทย์ และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์อื่นๆ
๔. ให้คำปรึกษาแนะนำทางการปฏิบัติและทางวิชาการแก่แพทย์, เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
๕. ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

✱ ตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน/ด้านสาธารณสุข) กำหนด ดังนี้

๑. ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้ ควบคุมป้องกัน และรักษาทางด้านเวชกรรมป้องกัน
๒. ให้การสอนและฝึกอบรมทางด้านเวชกรรมป้องกัน แก่แพทย์, แพทย์ฝึกหัด และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์อื่น ๆ
๓. ให้คำปรึกษาแนะนำทางด้านเวชกรรมป้องกัน แก่แพทย์, เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
๔. ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

หนังสือยืนยันของผู้สมัครตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)
(ด้านเวชกรรมสาธารณสุข/ด้านเวชกรรมป้องกัน) ตำแหน่งเลขที่ ๑๐๘๔๙
โรงพยาบาลไชโย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....
..... ตำแหน่งเลขที่ สังกัด

.....เป็นผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) (ด้านเวชกรรมสาธารณสุข/ด้านเวชกรรมป้องกัน)
ตำแหน่งเลขที่ ๑๐๘๔๙ โรงพยาบาลไชโย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ขอยืนยันว่า หากข้าพเจ้า
ได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้ายินดีจะปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)
(ด้านเวชกรรมสาธารณสุข/ด้านเวชกรรมป้องกัน) ตำแหน่งเลขที่ ๑๐๘๔๙ โรงพยาบาลไชโย สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ให้เต็มความรู้ ความสามารถ ด้วยความวิริยะและอุตสาหะ

ลงชื่อ

()

ตำแหน่ง.....

วันที่ /..... /.....