



ประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง
เรื่อง รับย้าย/รับโอน ข้าราชการ

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง มีความประสงค์จะรับย้าย/รับโอน ข้าราชการ
ผู้ดำรงตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ ระดับปฏิบัติงาน หรือระดับชำนาญงาน ไปรับราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอ่างทอง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. ตำแหน่งที่รับย้าย/รับโอน จำนวน ๑ ตำแหน่ง

ลำดับ	ตำแหน่ง	ระดับ	ตำแหน่งเลขที่	สังกัด
๑	เจ้าพนักงานธุรการ	ปฏิบัติงาน/ ชำนาญงาน	๑๑๔๔๘	กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

๒. คุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง

๒.๑ มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง

๒.๒ เป็นผู้ที่ไม่อยู่ระหว่างถูกลงโทษ หรือเคยถูกลงโทษทางวินัย หรือทางอาญา หรืออยู่ระหว่างการถูกสอบสวนทางวินัย หรืออยู่ระหว่างถูกดำเนินคดีอาญา

๓. เอกสารและหลักฐานประกอบการขอย้าย/ขอโอน

- | | |
|--|--------------|
| ๓.๑ ใบขอย้าย/ขอโอน | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓.๒ รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวกและไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๑ นิ้ว | จำนวน ๑ รูป |
| ๓.๓ สำเนาทะเบียนประวัติการรับราชการ (ก.พ. ๗) | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓.๔ สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ
และสำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓.๕ สำเนาวุฒิการศึกษา และระเบียบแสดงผลการศึกษา (Transcript) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓.๖ เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น หนังสือรับรองผลงาน หนังสือเปลี่ยนชื่อตัว-สกุล เป็นต้น | |

๔. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร

ให้ผู้มีสิทธิยื่นแบบแสดงความประสงค์ขอย้าย/ขอโอน พร้อมเอกสารและหลักฐาน
ได้ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ดังนี้

๔.๑ ยื่นด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ชั้น ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง
ในวันและเวลาราชการ ภาคเช้าเวลา ๐๘.๓๐ – ๑๒.๐๐ น. ภาคบ่าย เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.

๔.๒ สมัครทางไปรษณีย์ ให้ส่ง EMS ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ที่ ๑๒๒ ตำบลบ้านอิฐ อำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง
รหัสไปรษณีย์ ๑๔๐๐๐ โดยถือวันที่ประทับตราส่งไปรษณีย์เป็นสำคัญ เอกสารที่ส่งหลังวันปิดรับสมัครจะไม่รับพิจารณา

๔.๓ ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิสอบสัมภาษณ์ในวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ณ บอร์ดประชาสัมพันธ์
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ชั้น ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง และทางเว็บไซต์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง www.atg-h.moph.go.th/HR NEWS ประชาสัมพันธ์

/๕. วิธีการคัดเลือก ...

๕. วิธีการคัดเลือก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง จะดำเนินการคัดเลือกโดยวิธีการสัมภาษณ์ โดยเป็นการประเมินบุคคลเพื่อพิจารณาความเหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่จากประวัติส่วนตัว ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ จากการสังเกตพฤติกรรมที่ปรากฏของผู้เข้ารับการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ อาจใช้วิธีการอื่นใด เพิ่มเติมเพื่อพิจารณาความเหมาะสมในด้านต่างๆ เช่น ความรู้ที่ใช้อาจใช้เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงาน ในหน้าที่ ความสามารถ ประสบการณ์ ท่วงทีวาจา อุปนิสัย อารมณ์ ทัศนคติ จรรยาบรรณของข้าราชการพลเรือน คุณธรรม จริยธรรม การปรับตัวเข้ากับผู้ร่วมงาน รวมทั้งสังคมและสิ่งแวดล้อม ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ปฏิภาณไหวพริบ และบุคลิกภาพอื่น เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะแสดงออกถึงความรู้ ความสามารถและความเหมาะสม กับตำแหน่ง

๖. เงื่อนไขอื่นๆ

๖.๑ ผู้ประสงค์ขอย้าย/ขอโอน ต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบและรับรองตนเองว่า เป็นผู้มีความสมบูรณ์ทั่วไป และกรอกรายละเอียดในแบบแสดงความประสงค์ขอย้าย/ขอโอน พร้อมทั้งยื่นเอกสาร และหลักฐานให้ถูกต้องครบถ้วน หากหลักฐานไม่ครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ในประกาศฯ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอ่างทอง จะไม่รับพิจารณา

๖.๒ ผู้ประสงค์ขอย้าย/ขอโอน ต้องไม่อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อ หรืออยู่ระหว่างรับราชการ ขาดใช้ทุนจากกรณีศึกษาต่อ

๖.๓ ผู้ประสงค์ขอย้าย/ขอโอน ต้องไม่อยู่ระหว่างส่งผลงานเพื่อเลื่อนระดับ

๖.๔ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ขอสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับย้าย/รับโอน หากพิจารณาและเห็นว่าผู้ประสงค์ขอย้าย/ขอโอน ไม่เหมาะสมกับตำแหน่งที่ได้รับย้าย/รับโอน

๖.๕ สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง โทร. ๐ ๓๕๖๑ ๑๒๒๒ ต่อ ๒๐๖

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายทวีโชค โรจนอาร์มกุล)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

ใบขอย้าย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอ่างทอง

1. ข้าพเจ้า.....วุฒิ.....

ใบอนุญาต วุฒิบัตร.....

2. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง ระดับ.....

ตำแหน่งเลขที่..... ส่วนราชการ

ดำรงตำแหน่งเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. อัตราเงินเดือนปัจจุบันบาท

ปฏิบัติราชการจริงที่.....

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

ขณะนี้

☐ อยู่ในช่วงการลาศึกษา / ฝึกอบรม / หรือดูงาน หลักสูตร

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

☐ ไม่อยู่ในช่วงการลาศึกษา / ฝึกอบรม / ดูงาน

☐ อยู่ในช่วงปฏิบัติงานขอใช้ทุนหลักสูตร.....

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

ถึงวันที่ เดือน..... พ.ศ.

☐ ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

3. ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่ง ระดับ.....

ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอย้าย

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลพร้อมนี้แล้วจำนวน ฉบับ

4. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรง

ตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

☐ ยินยอมลดระดับ

☐ ไม่ยินยอมลดระดับ

5. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

☐ ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย

☐ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ อยู่ในช่วงประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอให้นำผลประเมินวิชาการ
ที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

/6...

6. ในการขอย้ายครั้งนี้หากทางราชการอนุญาตให้ย้ายได้ ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย / ใน ☐ ที่ต้องการ)

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 6.1 เงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว | ☐ ขอเบิก | ☐ ไม่ขอเบิก |
| 6.2 เงินค่าพาหนะเดินทาง | ☐ ขอเบิก | ☐ ไม่ขอเบิก |
| 6.3 เงินค่าเบี้ยเลี้ยง | ☐ ขอเบิก | ☐ ไม่ขอเบิก |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอย้าย
(.....)

คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่

ตามที่ (นาย , นาง , นางสาว)

ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ขอย้ายไปดำรงตำแหน่งทางจังหวัด..... นั้น ได้พิจารณา

- ☐ ให้เบิกตามรายการที่ระบุใน 6
- ☐ ให้เบิกเฉพาะรายการที่
- ☐ ไม่ให้เบิกทุกรายการที่ระบุใน 6

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

- หมายเหตุ 1. กรณีขอย้ายติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งย้ายหรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส
2. กรณีขอย้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม
3. กรณีขอย้ายเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณีที่บิดา มารดา อายุต่ำกว่า 65 ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองจากแพทย์ด้วย
4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการกอง หรือ หัวหน้าหน่วยราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้เป็นผู้ให้คำรับรอง เบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับ ตำแหน่งใหม่ แล้วแต่กรณี

บันทึกประกอบการขอย้าย / โอน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ส่วนราชการ.....

มีความประสงค์จะขอย้าย / โอน ไปรับราชการที่

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....

แต่ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย / โอน

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....

และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอนไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....

และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่าง ประเมินผลงาน
ทางวิชาการ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่โดยขอ นำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิม
ขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย / โอน

วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานเจ้าหน้าที่

วันที่.....

ไบขอโอน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอโอนมารับราชการ

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... วติ.....

ใบอนุญาต.....วติบัตร.....

๒. ปัจจุบันเป็นข้าราชการ..... ตำแหน่ง.....

ฝ่าย/กลุ่ม/ศูนย์.....กอง.....กรม.....

โทรศัพท์.....ดำรงตำแหน่งนี้มีเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....บาท

ขณะนี้ ○ อยู่ในระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ

○ พ้นจากการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ

○ อยู่ระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/หรืออดงาน หลักสูตร.....

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

○ ไม่อยู่ระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดูงาน

○ อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานขอใช้ทุน หลักสูตร.....

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

○ ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

๓. ขอโอนมาดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....

ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอโอน คือ

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว จำนวนฉบับ

๔. ประวัติส่วนตัว

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

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□-□□-□ เริ่มรับราชการเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. นาย/นาง/นางสาว.....
 อายุราชการ.....ปี.....เดือน (นับถึงเดือน.....พ.ศ.....) ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัด).....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

☐ เป็นสมาชิก กบข. ประเภท ☐ สะสม ☐ ไม่สะสม

○ ไม่เป็นสมาชิก กบข.

๕. ประวัติการศึกษา

คุณวุฒิ	สาขาวิชาเอก	ปีที่จบการศึกษา

๖. () ไม่เคยผ่าน...

๖. ☐ 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.....

๗. ประวัติการรับราชการ (จากเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน แสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้น
แต่ละระดับและการเปลี่ยนแปลงในการดำรงตำแหน่งในสายงานต่าง ๆ)

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	อัตราเงินเดือน	สังกัด

๘. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน

ปี พ.ศ.	ระยะเวลา	หลักสูตร	สถาบัน

๙. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งปัจจุบัน

๙.๑

๙.๒

๙.๓

๑๐. หากตำแหน่งที่ใช้รับโอนข้าพเจ้าเป็นตำแหน่งที่มีอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่ในปัจจุบัน
ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับเงินเดือนขั้นที่มีอยู่ของตำแหน่งที่จะรับโอนไปก่อนจนกว่าจะส่งพอกอัตราให้

๑๑. กรณีที่ ก.พ. อนุมัติให้รับโอนในระดับ และอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ได้รับอยู่เดิม ข้าพเจ้า

- ☐ ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ
☐ ไม่ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ

๑๒. ข้าพเจ้ามี...

๑๒. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่.....

☐ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอน

☐ ไม่ประสงค์จะรอเลื่อนระดับก่อนโอน

๑๓. การโอนครั้งนี้ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย / ใน ☐ ที่ต้องการ)

๑๓.๑ เงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว ☐ ขอเบิก ☐ ไม่ขอเบิก

๑๓.๒ เงินค่าพาหนะเดินทาง ☐ ขอเบิก ☐ ไม่ขอเบิก

๑๓.๓ เงินค่าเบี้ยเลี้ยง ☐ ขอเบิก ☐ ไม่ขอเบิก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอโอน
(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าตำแหน่ง.....ระดับ.....

(ส่วนราชการ)

เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า

เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ มีความสนใจ และอุตสาหะ
ในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง
...../...../.....

หมายเหตุ ๑. กรณีขอโอนติดตามคู่สมรส ให้แนบหลักฐานที่แสดงว่าคู่สมรสมีภูมิลำเนา หรือปฏิบัติงานอยู่ใน
จังหวัดที่ขอโอนไป

๒. กรณีขอโอนกลับภูมิลำเนาเดิม ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม

๓. กรณีขอโอนเพื่อดูแลบิดา มารดา หรือบุตร ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา หรือบุตร
และใบรับรองแพทย์ ในกรณีที่บิดา มารดา หรือบุตรมีโรคประจำตัว

๔. กรณีขอโอนมาตำแหน่งที่กำหนดให้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง
ให้แนบสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพด้วย

๕. การขอเบิกเงินตามข้อ ๑๓. อยู่ในดุลพินิจของผู้บังคับบัญชาทางสังกัดเดิมเป็นผู้พิจารณา

บันทึกประกอบการขอย้าย / โอน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ส่วนราชการ.....

มีความประสงค์จะขอย้าย / โอน ไปรับราชการที่

- ☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
แต่ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย / โอน
- ☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอนไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่
- ☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน
- ☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่าง
ประเมินผลงานทางวิชาการ
- ☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่โดยขอนำผลประเมินวิชาการ
ที่ส่วนราชการเดิมขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย / โอน
วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานการเจ้าหน้าที่
วันที่.....