



ที่ อท ๐๐๓๓.๐๐๗/ว ๑๖๕๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง  
ถนนโพธิ์พระยา-ท่าเรือ อท ๑๔๐๐๐

๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๗

เรื่อง การย้ายหมอนเวียนแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ปี ๒๕๖๘

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบขอย้ายหมอนเวียนแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ปี ๒๕๖๘

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการย้ายข้าราชการ ๓ สายงาน (แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร) ปี ๒๕๖๘ จึงได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการย้ายหมอนเวียนแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ปี ๒๕๖๘ ซึ่งเป็นเฉพาะกรณีการย้ายข้ามจังหวัดเท่านั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง จึงประชาสัมพันธ์ให้ นายแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่มีความประสงค์โดยแสดงความประสงค์การขอย้ายลงในแบบขอย้ายหมอนเวียนแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ปี ๒๕๖๘ โดยผ่านความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ดังรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ส่งถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ภายในวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๘ ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดหลักเกณฑ์ และวิธีการย้าย ได้ที่ [www.ato.moph.go.th/HR\\_NEWS](http://www.ato.moph.go.th/HR_NEWS) ข่าวประชาสัมพันธ์ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการตามเวลาที่กำหนดต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายวุฒิชัย สิทธีโชค)

สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)

รักษาการในตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

รักษาราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๓๕๖๑ ๑๒๒๒ ต่อ ๒๐๖

E-mail address : hrangthong@gmail.com

แบบขอย้ายหมุนเวียนแพทย์ ปี ๒๕๖๘

๑. ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....  
(กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล) โปรดระบุ.....

เลขประจำตัวประชาชน

๒. คุณสมบัติตามหลักเกณฑ์การย้ายฯ โปรดระบุ :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> แพทย์ผู้มีสัญญาชาติใช้ทุนรัฐบาล                    | <input type="checkbox"/> แพทย์เอกชนและต่างประเทศ      |
| <input type="checkbox"/> แพทย์ผู้มีสัญญาชาติใช้ทุน สป. (ลาศึกษาต่อ)         | <input type="checkbox"/> แพทย์ที่ไม่มีสัญญาชาติใช้ทุน |
| <input type="checkbox"/> แพทย์พี่เลี้ยง                                     | <input type="checkbox"/> แพทย์ CPIRD                  |
| <input type="checkbox"/> แพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน้าที่ประจำในจังหวัดชายแดนใต้ | <input type="checkbox"/> แพทย์ ODOD                   |
| <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างเพิ่มพูนทักษะ                           | <input type="checkbox"/> ไม่อยู่ระหว่างเพิ่มพูนทักษะ  |

๓. แพทย์ขาดใช้ทุนปีที่ ๒ และปีที่ ๓ ที่ประสงค์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปภายในจังหวัด (Fix Ward) โปรดระบุ

- |                                      |   |                                       |  |
|--------------------------------------|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ศัลยศาสตร์  | <input type="checkbox"/> ประสาทศัลยศาสตร์ | <input type="checkbox"/> จิตเวชศาสตร์ | <input type="checkbox"/> ออร์โธปิดิกส์ |
| <input type="checkbox"/> อายุรศาสตร์ | <input type="checkbox"/> เวชศาสตร์ฉุกเฉิน | <input type="checkbox"/> วิสัญญีวิทยา |  |

๔. ตำแหน่ง (ตาม จ.๑๘).....ระดับ.....บรรจุเมื่อวันที่.....  
ส่วนราชการ กลุ่มงาน..... โรงพยาบาล.....  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....  
ปฏิบัติราชการจริงที่.....โรงพยาบาล.....  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....เมื่อวันที่.....

๕. เหตุผลการขอย้าย.....

๖. หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงานปัจจุบัน)..... (มือถือ).....

๗. มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการ  
รพช./รพท./รพศ./สสจ.....จังหวัด.....

๘. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติที่จะเลื่อนระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

- ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย
- มีความประสงค์จะเลื่อนระดับที่ส่วนราชการต้นสังกัดเดิมก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน
- มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการส่วนราชการใหม่ โดยขอนำผลประเมินฯ ของส่วนราชการเดิมไปขอเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามข้อเท็จจริงทุกประการ

(ความเห็น).....

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

(ผอ.รพช. / หัวหน้ากลุ่มงาน / ฝ่าย (รพศ./รพท.)

อนุมัติ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ).....ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

(นพ.สสจ. / ผอ.รพศ. / ผอ.รพท.)

โทร.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

แบบขอย้ายหมุนเวียนทันตแพทย์ เกสัชกร ปี ๒๕๖๘

๑. ข้าพเจ้า (นาย , นาง ,นางสาว).....  
 (กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล) โปรดระบุ.....  
 เลขประจำตัวประชาชน
- ตำแหน่ง [ ] ทันตแพทย์ [ ] เกสัชกร  
 [ ] กรณีมีภาระชดใช้ทุน [ ] ทุนรัฐบาล [ ] ทุน สป. (ลาศึกษาต่อ).....  
 [ ] กรณีไม่มีภาระชดใช้ทุน
- วุฒิบัตรเฉพาะทางสาขา/หนังสืออนุมัติสาขา.....
๒. ตำแหน่ง (ตาม จ.๑๘).....ระดับ.....บรรจุเมื่อวันที่.....  
 ส่วนราชการ กลุ่มงาน..... โรงพยาบาล.....  
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....  
 ปฏิบัติราชการจริงที่.....โรงพยาบาล.....  
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....เมื่อวันที่.....
๓. เหตุผลการขอย้าย.....
๔. หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงานปัจจุบัน).....(มือถือ).....
๕. มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการ  
 รพช./รพท./รพศ./สสจ.....จังหวัด.....
๖. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติที่จะเลื่อนระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....  
 ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย  
 มีความประสงค์จะเลื่อนระดับที่ส่วนราชการต้นสังกัดเดิมก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน  
 มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการส่วนราชการใหม่ โดยขอนำผลประเมินฯ  
 ของส่วนราชการเดิมไปขอเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตามข้อเท็จจริงทุกประการ

(ความเห็น).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(ผอ.รพช. / หัวหน้ากลุ่มงาน / ฝ่าย (รพศ./รพท.)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

(ลงชื่อ).....ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

โทร.....

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

(.....)

(นพ.สสจ. / ผอ.รพศ. / ผอ.รพท.)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....