

แบบขอย้ายหมุนเวียนทันตแพทย์ ปี ๒๕๖๙

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

เลขประจำตัวประชาชน

- [] กรณีมีภาระชดใช้ทุน
 [] ทุนรัฐบาล
 [] ทุน สป. (ลาศึกษาต่อ)...ระบุ.....

[] กรณีไม่มีภาระชดใช้ทุน
 วุฒิบัตรเฉพาะทางสาขา/หนังสืออนุมัติสาขา.....

[] Residency Training [] Academic Training

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

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย
 (.....)
 วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

(ความเห็น).....
 (ลงชื่อ).....
 (.....)
 (ผอ.รพช. / หัวหน้ากลุ่มงาน / ฝ่าย (รพศ./รพท.)
 วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

(ลงชื่อ).....ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่
 (.....)
 วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
 โทร.....

อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ
 (ลงชื่อ).....
 (.....)
 (นพ.สสจ. / ผอ.รพศ. / ผอ.รพท.)
 วันที่..... เดือน..... พ.ศ.