

แบบขอย้ายหมุนเวียนแพทย์ ปี ๒๕๖๙

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

เลขประจำตัวประชาชน

๒. คุณสมบัติตามหลักเกณฑ์การย้ายฯ โปรดระบุ :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> แพทย์ผู้มีสัญญาขาดใช้ทุนรัฐบาล | <input type="checkbox"/> แพทย์เอกชนและต่างประเทศ |
| <input type="checkbox"/> แพทย์ผู้มีสัญญาขาดใช้ทุน สป. (ลาศึกษาต่อ) | <input type="checkbox"/> แพทย์ที่ไม่มีสัญญาขาดใช้ทุน |
| <input type="checkbox"/> แพทย์พี่เลี้ยง | <input type="checkbox"/> แพทย์ CPIRD |
| <input type="checkbox"/> แพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน้าที่ประจำในจังหวัดชายแดนใต้ | <input type="checkbox"/> แพทย์ ODOB |
| <input type="checkbox"/> อยู่ระหว่างเพิ่มพูนทักษะ | <input type="checkbox"/> ไม่อยู่ระหว่างเพิ่มพูนทักษะ |

๓. แพทย์ที่ประสงค์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (Fix Ward) ภายในจังหวัดและข้ามจังหวัด 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

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

(ความเห็น).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

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

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ).....ผู้รับผิดชอบงานการเจ้าหน้าที่

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

โทร.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(นพ.สสจ. / ผอ.รพศ. / ผอ.รพท.)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.