



ฉบับที่ ๑๗/๕๒ /๒๕๖๘

ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร
เรื่อง รับสมัครถ่ายโอนบุคลากรมาสังกัดสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐

ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์
และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ลงวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๔ และในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนครได้รับถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๑๔๙ แห่ง ไปแล้วนั้น

เพื่อให้การบริการประชาชนตามภารกิจการถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา
นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๑๔๙ แห่งดังกล่าว สามารถที่จะให้บริการประชาชน
ได้อย่างเต็มศักยภาพและต่อเนื่อง อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๐ และ
ที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๖๒ มาตรา ๓๕/๕ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร จึงมีความประสงค์
รับถ่ายโอนบุคลากร ตามกรอบอัตรากำลังที่วางของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐
โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑. คุณสมบัติบุคลากรที่ประสงค์ถ่ายโอนมาสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา
นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๑.๑ ปฏิบัติงานอยู่ที่ สอน./รพ.สต. และเลขตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ สอน. และ รพ.สต.

๑.๒ ปฏิบัติงานอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)
โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) / โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) / โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) แต่เลขตำแหน่ง (จ.๑๘)
อยู่ที่ สอน./ รพ.สต.

๑.๓ ปฏิบัติงานอยู่ที่ สอน./ รพ.สต. แต่เลขตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ที่สำนักงานสาธารณสุข
อำเภอ (สสอ.) / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) / โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) / โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)
โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)

๑.๔ ปฏิบัติงานและเลขตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) / สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) / โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) / โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) / โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)
และ เคยปฏิบัติงานอยู่ที่ สอน./รพ.สต. ก่อนและภายหลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด
และย้ายไปปฏิบัติงานอยู่ที่ สสอ. สสจ. รพช. รพท. และ รพศ.

๑.๕ กรณีไม่เข้าเงื่อนไขตามข้อ ๑.๑ ถึงข้อ ๑.๔ ต้องได้รับอนุมัติให้ถ่ายโอนจากผู้บังคับบัญชา
สสอ. สสจ. รพช. รพท. และ รพศ. เป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น

๒. ข้าราชการที่ประสงค์ขอย้ายโอนตามข้อ ๑ ต้องมีเอกสารแนบประกอบ ดังนี้

๒.๑ แบบแจ้งความประสงค์ขอย้ายโอน ฯ

๒.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๒.๓ สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๒.๔ สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๒.๕ สำเนาทะเบียนประวัติข้าราชการ (กพ.๗) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๒.๖ สำเนาใบปริญญาบัตร/ประกาศนียบัตร และสำเนาระเบียนแสดงผลการเรียน (Transcript of Record) หรือสำเนาหนังสือรับรองว่าเป็นผู้สำเร็จการศึกษา ซึ่งสถานศึกษาออกให้ได้อย่างใดอย่างหนึ่งที่แสดงว่าเป็นผู้ที่มีคุณวุฒิการศึกษาตรงตามคุณวุฒิการศึกษาที่ ก.จ. ก.ท. ก.อบต. หรือ ก.พ. รับรอง

๒.๗ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือสำเนาใบประกอบโรคศิลปะที่ระบุตามตำแหน่งที่สมัคร (ที่ยังไม่หมดอายุในวันปิดรับสมัคร) ในกรณีที่ผู้สมัครได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือสำเนาใบประกอบโรคศิลปะแล้วแต่รอการอนุมัติ โอนโยมให้ผู้สมัครคัดเลือกใช้ใบรับรองของหน่วยงานที่มีอำนาจออกใบอนุญาตให้ได้ โดยใบรับรองจะต้องระบุวันที่ผู้สมัครได้รับใบอนุญาตไว้ด้วย

๒.๘ หนังสืออนุมัติให้ถ่ายโอนจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น (กรณีมีสิทธิถ่ายโอนตามข้อ ๑.๕)

๒.๙ เอกสารเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๒.๑๐ เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

๓. กำหนดยื่นแบบแจ้งความประสงค์ขอย้ายโอนพร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้องด้วยตนเอง ในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ณ กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร

๔. องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร จะประกาศรายชื่อข้าราชการที่จะรับถ่ายโอนในปืงประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐ ทางเว็บไซต์ www.sakon-pao.go.th

หากผู้ใดประสงค์จะขอย้ายโอนฯ หรือต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมสามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร หรือทางโทรศัพท์หมายเลข ๐ ๔๒๓๑ ๑๑๔๘ ในวันและเวลาราชการ สำหรับรายละเอียดตำแหน่งว่างและแบบแจ้งความประสงค์สามารถดาวน์โหลดจากเว็บไซต์ www.sakon-pao.go.th หรือ สแกน QR code ท้ายประกาศนี้

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



(นางนฤมล สัทธิโส)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร

“อยู่สกล รักสกล ทำเพื่อสกลนคร”



แบบแสดงความประสงค์ รายบุคคล

กรณีการถ่ายโอนข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ไปสังกัด
องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ ๒๕๗๐

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส.).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ตำแหน่ง.....ตำแหน่งเลขที่.....

กลุ่มตามลักษณะงาน.....ปัจจุบันปฏิบัติงานที่.....

ในสังกัด.....จังหวัดสกลนคร อายุราชการ (งาน) ปี..... เดือน.....

ขอแจ้งความประสงค์ เรื่อง การถ่ายโอนข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานกระทรวง
สาธารณสุขและ เจ้าหน้าที่อื่นๆ ไปสังกัดยัง อบจ.สกลนคร ดังนี้

☐ ๑. มีความประสงค์ขอย้ายโอนไปสังกัดยัง อบจ.สกลนคร

☐ ๒. ไม่มีความประสงค์ถ่ายโอนไปสังกัดยัง อบจ.สกลนคร (ให้แจ้งความประสงค์ต่อ

ในข้อ ๒.๑-๒.๓)

☐ ๒.๑ ขอปฏิบัติงานตามหน่วยงานหรือหน่วยบริการในสังกัด กระทรวง

สาธารณสุข ได้แก่ สสอ./ รพช. / รพศ / อื่นๆ (โปรดระบุ)

(๑)

(๒)

☐ ๒.๒ ขอปฏิบัติงานใน หน่วยบริการเดิม โดยปฏิบัติงานในลักษณะ การขอ
ช่วยราชการ

☐ ๒.๓ อื่นๆ(โปรดระบุ).....

การแจ้งความประสงค์ฯ ของข้าพเจ้า เป็นไปด้วยความสมัครใจ และขอรับรองว่าเป็นความจริง

ทุกประการ

(ลงชื่อ)..... (ผู้แจ้งความประสงค์)

(.....)

ตำแหน่ง.....

โทร.....

(ลงชื่อ)..... (พยาน)

(.....)

ตำแหน่ง.....

โทร.....



แบบแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ ๒๕๗๐
สำหรับบุคลากรสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕๖๘

เรื่อง ขอแจ้งความประสงค์และยืนยันการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร

ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๘ ตอนพิเศษ ๒๕๔ ง เมื่อวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ ข้อ ๕ ให้การถ่ายโอนบุคลากรของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นไปด้วยความสมัครใจ นั้น

ข้าพเจ้า.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
อายุ.....ปี เบอร์โทรศัพท์.....ตำแหน่ง.....ระดับ.....
ได้รับใบประกอบวิชาชีพ สาขา.....ปัจจุบันปฏิบัติราชการที่.....
เลขตำแหน่งอยู่ที่.....วัน เดือน ปี ที่บรรจุ.....ประเภท (ข้าราชการ/
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข/ลูกจ้างชั่วคราว/พนักงานจ้างเหมาบริการ/ฯ) โปรดระบุ.....

ได้พิจารณาเงื่อนไขการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้ว จึงขอแจ้งความประสงค์ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร ตามภารกิจถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยในปัจจุบันข้าพเจ้ามีอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นจากงบประมาณต่อเดือนดังนี้

๑. อัตราเงินเดือน ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘	บาท
๒. ค่าตอบแทนอื่นจากงบประมาณต่อเดือน	บาท
๒.๑ ค่าประจำตำแหน่ง (วิชาชีพ)	บาท
๒.๒ พ.ต.ส	บาท
๒.๓ ณ.๕	บาท
๒.๔ ณ.๑๑	บาท
๒.๕ ค่าตอบแทนอื่น	บาท
(โปรดระบุ.....)	
๓. ค่าเช่าบ้าน (ต่อเดือน)	บาท
๔. ค่าเล่าเรียนบุตร (ต่อภาคการศึกษา)	บาท
รวม	บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



ข้อมูลเพิ่มเติม ประกอบการสมัครถ่ายโอนมาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร
ถ่ายโอนปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐ (ถ่ายโอนวันที่ ๒ ต.ค. ๒๕๖๙)

หลักฐาน ที่ข้าพเจ้าแนบมาด้วย มีดังนี้

-๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
-๒) สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ
-๓) สำเนาทะเบียนบ้าน
-๔) สำเนาใบปริญญาบัตร/ประกาศนียบัตร และสำเนาระเบียนแสดงผลการเรียน (Transcript of Record)
หรือสำเนาหนังสือรับรองว่าเป็นผู้สำเร็จการศึกษา
-๕) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือสำเนาใบประกอบโรคศิลปะที่ระบุตามตำแหน่งที่สมัคร
-๖) สำเนา ก.พ.๗
-๗) คำสั่งให้ช่วยราชการใน สอน./รพ.สต. หรือ ๕ หน่วยงาน (ถ้ามี)
-๘) หนังสืออนุมัติให้ถ่ายโอนจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น (กรณีมีสิทธิถ่ายโอนตามข้อ ๑.๕)
-๙) อื่นๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้าเป็นผู้มี “สิทธิถ่ายโอน” ตามเงื่อนไขการถ่ายโอน สอน./รพ.สต. ที่ กกผ.ประกาศ และตามมติ
คณะกรรมการบริหารการถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้
(เลือกสิทธิที่ตรงกับท่านมากที่สุด ๑ ข้อ)

- ☐ ข้อ ๑) ปฏิบัติงานอยู่ รพ.สต. และ เลขตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ สอน. และ รพ.สต.
- ☐ ข้อ ๒) ปฏิบัติงานอยู่ ๕ หน่วยงาน (สสอ./สสจ./รพ.ศ/รพท/รพช.) แต่ เลข จ.๑๘ อยู่ สอน./รพ.สต.
- ☐ ข้อ ๓) ปฏิบัติงานอยู่ สอน./รพ.สต. แต่เลข จ.๑๘ อยู่ ๕ หน่วยงาน
- ☐ ข้อ ๔) ปฏิบัติงานและเลขตำแหน่ง จ.๑๘ อยู่ ๕ หน่วยงาน แต่เคยปฏิบัติงานอยู่ สอน/รพ.สต. ไม่น้อยกว่า ๑ ปี
- ☐ ข้อ ๕) กรณีไม่เข้าเงื่อนไขข้อ ๑ – ๔ ข้าพเจ้าได้รับอนุมัติให้ถ่ายโอน จากผู้บังคับบัญชาชั้นต้นแล้ว

ผู้ประสานงาน พ.ต.ท.หญิง ซาลินี กาญจนรัตน์ โทร ๐๙ ๐๙๗๕ ๐๒๙๗

การส่งเอกสารสมัคร

ส่งเอกสารตัวจริง ที่ กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร



แบบยินยอมให้ข้าราชการพลเรือนสามัญถ่ายโอนไปสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร (ถ่ายโอนวันที่ ๒ ต.ค. ๒๕๖๙)

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕๖๘

เรื่อง แจ้งความประสงค์และยืนยันการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร
เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร

ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และ
ขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๘ ตอนพิเศษ ๒๕๔ ง เมื่อวันที่ ๑๙ ตุลาคม
๒๕๖๔ ข้อ ๕ ให้การถ่ายโอนบุคลากรของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นไปด้วยความสมัครใจ นั้น

ด้วย (นาย/นาง/น.ส.).....นามสกุล.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี ตำแหน่ง.....
เลขที่ตำแหน่ง (จ.๑๘)..... ปัจจุบันปฏิบัติราชการที่.....
มีความประสงค์ขอย้ายโอนตามภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อไปปฏิบัติราชการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

จึงขอแจ้งว่า

☐ อนุมัติให้บุคลากรดังกล่าวถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร ตามภารกิจ
สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วน
จังหวัดสกลนคร เพื่อไปปฏิบัติราชการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

☐ ไม่อนุมัติให้บุคลากรดังกล่าวถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร ตามภารกิจสถานี
นามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด
สกลนคร ด้วยเหตุผล.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและข้อมูลเป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....