



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด

เรื่อง รับสมัครถ่ายโอนบุคลากรมาสังกัดสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙

ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์
และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ลงวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๔ และในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ องค์การ
บริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ดได้รับถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๒๒๙ แห่งไปแล้วนั้น

เพื่อให้การบริการประชาชนตามภารกิจการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา
นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๒๒๙ แห่งดังกล่าว สามารถที่จะให้บริการประชาชนได้
อย่างเต็มศักยภาพและต่อเนื่อง อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๐ มาตรา
๓๕/๕ องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด จึงมีความประสงค์จะรับถ่ายโอนบุคลากร ตามกรอบอัตรากำลัง
ที่ว่างของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัด
องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙ โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑. คุณสมบัติบุคลากรที่ประสงค์ถ่ายโอนมาสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา
นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๑.๑ (จ.๑๘) อยู่ที่ รพ.สต. และปัจจุบันปฏิบัติราชการ อยู่ รพ.สต.

๑.๒ (จ.๑๘) อยู่ที่ รพ.สต. และปัจจุบันปฏิบัติราชการ อยู่ ๕ หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข (สสอ./สสจ./รพ.ศ/ รพท./รพช.)

๑.๓ (จ.๑๘) อยู่ ๕ หน่วยงาน ๖ แต่ปัจจุบันปฏิบัติราชการ อยู่ รพ.สต.

๑.๔ (จ.๑๘) อยู่ ๕ หน่วยงาน ๖ และปัจจุบันปฏิบัติราชการ อยู่ ๕ หน่วยงาน แต่เคยเป็นข้าราชการ
ที่ปฏิบัติงานอยู่ รพ.สต. ไม่น้อยกว่า ๑ ปี

๑.๕ กรณีไม่เข้าเงื่อนไขข้อ ๑ ถึงข้อ ๔ ข้าพเจ้าได้รับอนุมัติให้ถ่ายโอน จากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น
แล้ว (สสอ./ นพ.สสจ./ ผอ.รพ.)

๒. ข้าราชการที่ประสงค์ขอลำโอนตามข้อ ๑ ต้องมีเอกสารแนบประกอบ ดังนี้

๒.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

๒.๒ สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ

๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน

๒.๔ คำสั่งให้ช่วยราชการใน สอน./รพ.สต. หรือ ๕ หน่วยงาน (ถ้ามี)

๒.๕ (กพ.๗)

๒.๖ หนังสืออนุมัติให้ถ่ายโอนจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น (กรณีมีสิทธิถ่ายโอนตามข้อ ๕)

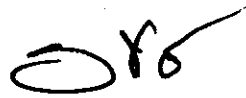
๒.๗ อื่นๆ (ระบุ)

๓. กำหนดยื่นแบบแจ้งความประสงค์ขอลำโอนพร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้องด้วยตนเอง

ตั้งแต่บัดนี้ - จนถึงวันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๗

หากผู้ใดประสงค์จะขอลำโอน ฯ หรือต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่ กองสาธารณสุข อบจ.ร้อยเอ็ด หรือ ส่งจดหมายทางไปรษณีย์ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป (ใบสมัครถ่ายโอน) กองสาธารณสุข หรือทางโทรศัพท์ หมายเลข โทร (๐๔๓-๕๑๙๓๑๐) ในวันและเวลาราชการ สำหรับรายละเอียดแบบแจ้งความประสงค์สามารถดาวน์โหลดได้ตามเอกสารที่แนบนี้

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน



(นายเศกสิทธิ์ ไวนิยมพงศ์)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด

แบบแจ้งความประสงค์ขอลำยโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2567

เรื่อง ขอแจ้งความประสงค์และยืนยันการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด

เรียน นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด

ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (กกถ.) พ.ศ. 2564 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 168 ตอนพิเศษ 254 เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ข้อ 5 ให้การถ่ายโอนบุคลากรของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สอน. / รพ.สต.) เป็นไปด้วยความสมัครใจ นั้น

ข้าพเจ้า.....สกุล.....อายุ.....ปี วุฒิการศึกษา.....ตำแหน่ง.....ระดับ.....ประเภท.....ข้าราชการ.....บรรจุรับราชการครั้งแรก วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เลขตำแหน่งตาม จ.18.....ประจำหน่วยงาน (รพ.สต./สสอ./สสจ./รพ./รพช. ตาม ก.พ.7).....อำเภอ.....จังหวัด.....ปัจจุบันปฏิบัติราชการที่(รพ.สต./สสอ./สสจ./รพ./รพช.) ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....ข้อมูลติดต่อ เบอร์มือถือ E-mail.....

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์และยืนยันการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อปฏิบัติราชการที่ รพ.สต.....ตำบล.....อำเภอ.....จ.ร้อยเอ็ด (หรือตามที่ อบจ.ร้อยเอ็ดกำหนดให้) โดยปัจจุบันข้าพเจ้ามีอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นจากเงินงบประมาณต่อเดือน ดังนี้

- | | | | |
|--|-----|---------------------------------|-----|
| 1. อัตราเงินเดือน ณ วันที่ 1 เมษายน 2567 | บาท | 3. ค่าเช่าบ้าน (เดือนละ)..... | บาท |
| 2. ค่าตอบแทนต่อเดือน | | 4. เงินสมทบ กบข. 3%..... | บาท |
| 2.1) เงินประจำตำแหน่ง | บาท | 5. ค่าเล่าเรียนบุตร (ปีละ)..... | บาท |
| 2.2) เงินเพิ่มตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษฯ (พ.ต.ส.)..... | บาท | 6. เงินอื่นๆ (ระบุ)..... | |
| 2.3) เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย (ฉ.11) | บาท | | |
| 2.4) ค่าตอบแทนปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและเวชปฏิบัติครอบครัว | บาท | | |
| 2.5) ค่าตอบแทนอื่น(ระบุ.....) | | | บาท |

รวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและข้อมูลข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่กองสาธารณสุข รับใบสมัคร..... (ส่งภายในวันอังคารที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2567

ข้อมูลเพิ่มเติม ประกอบการสมัครถ่ายโอนมา อบจ.ร้อยเอ็ด
ถ่ายโอนปีงบประมาณ 2569 (ถ่ายโอนวันที่ 2 ต.ค. 2568)

หลักฐาน ที่ข้าพเจ้าแนบมาด้วย มีดังนี้

-1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
-2) สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ
-3) สำเนาทะเบียนบ้าน
-4) คำสั่งให้ช่วยราชการใน สอน./รพ.สต. หรือ 5 หน่วยงาน (ถ้ามี)
-5) ก.พ.7
-6) หนังสืออนุมัติให้ถ่ายโอนจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น (กรณีมีสิทธิถ่ายโอนตามข้อ 5)
-7) อื่นๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้าเป็นผู้มี “สิทธิถ่ายโอน” ตามเงื่อนไขการถ่ายโอน สอน./รพ.สต. ที่ กกค.ประกาศ และตามมติ คณะอนุกรรมการ บริหารภารกิจถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้ (เลือก 1 ข้อ)

- ข้อ 1) จ.18 อยู่ รพ.สต. และ ปัจจุบันปฏิบัติราชการอยู่ รพ.สต.
- ข้อ 2) จ.18 อยู่ รพ.สต. แต่ ปัจจุบันปฏิบัติราชการอยู่ 5 หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
(สสอ./สสจ./รพ.ศ/รพท./รพช.)
- ข้อ 3) จ.18 อยู่ 5 หน่วยงานฯ แต่ปัจจุบันปฏิบัติราชการอยู่ รพ.สต.
- ข้อ 4) จ.18 อยู่ 5 หน่วยงานฯ และปัจจุบันปฏิบัติราชการอยู่ 5 หน่วยงาน แต่เคยเป็นข้าราชการที่ปฏิบัติงานอยู่ รพ.สต. ไม่น้อยกว่า 1 ปี
- ข้อ 5) กรณีไม่เข้าเงื่อนไขข้อ 1 – 4 ข้าพเจ้าได้รับอนุมัติให้ถ่ายโอน จากผู้บังคับบัญชาชั้นต้นแล้ว
(สสอ., นพ.สสจ., ผอ.รพ.)

ผู้รับผิดชอบ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป กองสาธารณสุข อบจ.ร้อยเอ็ด
โทร (043) 519310

ผู้ประสานงาน	นางสาวณัฐชญา อยู่หนูพะเนา	098-1630351
	นางสาวประภาพร ประเสริฐศิลป์	098-2625063
	นางโกศลัญญา คำสีเขียว	063-4945355
	นางสาวปราณีตา อุดระชัย	062-6961688

การส่งเอกสารสมัคร

ส่งเอกสารตัวจริง ที่ กองสาธารณสุข อบจ.ร้อยเอ็ด หรือ ส่งจดหมายทางไปรษณีย์

ฝ่ายบริหารงานทั่วไป (ใบสมัครถ่ายโอน)

กองสาธารณสุข

องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด

โอทีอปชิตีร้อยเอ็ด กองสาธารณสุข (ชั้น2) ถ.เปรมประชาราษฎร์ ซอย 3 ต.ในเมือง

อ.เมืองร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ด 45000

โทร (043519310)