



กองยุทธศาสตร์และงบประมาณ  
เลขที่รับ.....1308  
วันที่ 11 ต.ค. 2566  
เวลา 09:45 น.

# บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร โทร.๐-๔๒๖๑-๓๗๖๕

ที่ มท ๕๑๐๐๖/๕๖๑ วันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติรับถ่ายโอนบุคลากรสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

เรียน นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร

ตามที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหารได้รับการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ โดยสังกัดกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร จำนวน ๗๘ แห่ง นั้น

ปัจจุบันสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังมีบุคลากรไม่ครบตามกรอบอัตรากำลังตามที่กำหนด ดังนั้น เพื่อให้การจัดสรรบุคลากรให้ครบทุกตำแหน่งตามโครงสร้างอัตรากำลังของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กองสาธารณสุขจึงขออนุมัติดำเนินการ ดังนี้

๑. ประชาสัมพันธ์รับถ่ายโอนบุคลากร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยสามารถยื่นความประสงค์ได้ที่กองสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ ๑ - ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๖ ตามวัน และเวลาราชการ
  ๒. มอบหมายกองยุทธศาสตร์และงบประมาณ ประชาสัมพันธ์ทางเว็บไซต์ รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้
- จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

พ.จ.อ.   
(วิโรจน์ ย่องเหล่ายุง)  
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข

อนุมัติตามเสนอ  
ดำเนินการให้เป็นไปตามระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

พ.ศ.ท.   
(จิตต์ ศรีโยหะ มุกดาชนพงศ์)  
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร  
- 9 ต.ค. 2566

เรียน นายองค์การบริหารส่วนจังหวัด  
เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ  
ว่าที่ ร.อ.   
(วัชรินทร์ ทรงยศวิวัฒนา)  
ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด  
- 9 ต.ค. 2566



องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร

อ.เมือง จ.มุกดาหาร

# รับถ่ายโอน ข้าราชการ

ตามภารกิจถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชน  
วมินทร์ราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำห้วย  
องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

**ตั้งแต่วันที่ 1 - 26 ตุลาคม 2566**



แบบแจ้งความประสงค์

ดาวน์โหลด  
เอกสาร



หนังสือมอบสิทธิถ่ายโอน

ยื่นความประสงค์ได้ที่ กองสาธารณสุข อบจ.มุกดาหาร  
(อาคารจตุรมุข วิทยาลัยเทคนิคพิบูลมังสาหาร)



แบบแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร

วันที่.....เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

เรื่อง ขอแจ้งความประสงค์และยืนยันการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร

ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (กกถ.) พ.ศ.๒๕๖๔ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๖๘ ตอนพิเศษ ๒๕๔ เมื่อวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ ข้อ ๕ ให้การถ่ายโอนบุคลากรของสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สอน. / รพ.สต.) เป็นไปด้วยความสมัครใจ นั้น

ข้าพเจ้า.....สกุล.....อายุ.....ปี  
วุฒิการศึกษา.....ตำแหน่ง.....ระดับ.....  
ประเภท.....ข้าราชการ.....เลขตำแหน่ง.....สังกัด  
(ตาม จ.๑๘).....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....ข้อมูลติดต่อ เบอร์มือถือ..... E-mail : .....

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์และยืนยันการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร เพื่อปฏิบัติราชการที่ รพ.สต.....อำเภอ.....จ.มุกดาหาร หรือตามความเหมาะสมที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหารพิจารณาเห็นสมควร โดยปัจจุบันข้าพเจ้ามีอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นจากเงินงบประมาณต่อเดือน ดังนี้

๑. อัตราเงินเดือน ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ .....บาท
  ๒. ค่าตอบแทนต่อเดือน
    - ๒.๑) เงินประจำตำแหน่ง.....บาท
    - ๒.๒) เงินเพิ่มตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษฯ (พ.ต.ส. , พสร.).....บาท
    - ๒.๓) เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย (ณ.๑๑).....บาท
  ๓. ค่าเล่าเรียนบุตร (ปีละ).....บาท
- รวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความ และข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

ข้อมูลเพิ่มเติม ประกอบการสมัครถ่ายโอนมา องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร  
ถ่ายโอนปีงบประมาณ ๒๕๖๘ (ถ่ายโอนวันที่ ๒ ต.ค. ๒๕๖๗)

ข้าพเจ้าเป็นผู้มี "สิทธิถ่ายโอน" ตามเงื่อนไขการถ่ายโอน สอน./รพ.สต. ที่ กกค.ประกาศ และตามมติคณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้ (เลือกสิทธิที่ตรงกับท่านมากที่สุด ๑ ข้อ)

- ข้อ ๑) ปฏิบัติงานอยู่ รพ.สต. และ เลขตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ รพ.สต.
- ข้อ ๒) ปฏิบัติงานอยู่ ๕ หน่วยงาน (สสอ./สสจ./รพ.ศ/รพท./รพช.) แต่ เลข จ.๑๘ อยู่ รพ.สต.
- ข้อ ๓) ปฏิบัติงานและเลข จ.๑๘ อยู่ ๕ หน่วยงาน แต่ เคยปฏิบัติงานอยู่ รพ.สต. ไม่น้อยกว่า ๒ ปี
- ข้อ ๔) กรณีไม่เข้าเงื่อนไขข้อ ๑ - ๓ ต้องได้รับอนุมัติให้ถ่ายโอน จากผู้บังคับบัญชา ตามแบบฟอร์มที่กำหนด

หลักฐาน ที่ข้าพเจ้าแนบมาด้วย มีดังนี้

.....๑) สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ

.....๒) ก.พ.๗

.....๓) หนังสืออนุมัติให้ถ่ายโอนจากผู้บังคับบัญชา (กรณีมีสิทธิถ่ายโอนตาม ข้อ ๕)

**แบบคำร้องขอถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

เรื่อง **ขอถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร**

เรียน .....

ด้วยข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง.....

ระดับ ..... เลขที่ตำแหน่ง(จ.๑๘) ..... อัตราเงินเดือน ..... บาท

สังกัด ..... มีความประสงค์จะขอถ่ายโอนไปรับราชการใน

ตำแหน่ง ..... สังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร

ในวันที่ ๒ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

**เหตุผลที่ขอโอน**

๑. ....

๒. ....

ทั้งนี้ ตามหนังสือสำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร ๐๑๐๗/๒๒๙ ลงวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ข้อ ๑.๒ การถ่ายโอนกลุ่มบุคลากรที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๕ หน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ต้องได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาก่อน **และเป็นการโอนมาเฉพาะตัวบุคลากร โดยเลขตำแหน่งให้คงไว้ที่ สจ.**

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

**ความเห็นของผู้บังคับบัญชาเบื้องต้น (ถ้ามี)**

( ) เห็นควรให้ถ่ายโอน เหตุผล.....

( ) ไม่เห็นควรให้ถ่ายโอน เหตุผล.....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ตำแหน่ง.....

**ความเห็นของผู้บังคับบัญชา**

( ) ยินยอมให้ถ่ายโอน

( ) ไม่ยินยอมให้ถ่ายโอน เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ผู้บังคับบัญชา หมายถึง นายแพทย์ สสจ. , ผู้อำนวยการโรงพยาบาล , สาธารณสุขอำเภอ เป็นต้น