



ที่ สธ ๐๕๐๑.๐๒/๗๕๖๔๔

ถึง หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา/ กรมต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ด้วยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีความประสงค์จะรับย้าย หรือรับโอน ข้าราชการพลเรือนสามัญ ในตำแหน่งเภสัชกร ระดับปฏิบัติการ หรือระดับชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๔๔ กลุ่มงานวิชาการและคลังความรู้ กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

โดยให้ผู้ประสงค์ขอย้าย หรือขอโอน ยื่นแบบขอย้าย โอน พร้อมด้วยสำเนาบัตรประจำตัว เจ้าหน้าที่ของรัฐ สำเนาหลักฐานการศึกษา สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ และสำเนาประวัติการรับราชการ (ก.พ. ๗) โดยยื่นด้วยตนเองที่กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล อาคาร ๒ ชั้น ๓ สำนักงานเลขานุการกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หรือสแกนเอกสารส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : humanresource.dtam@gmail.com ตั้งแต่บัดนี้ จนถึงวันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๘ ในวันและเวลาราชการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กันยายน ๒๕๖๘



สำนักงานเลขานุการกรม

โทร. ๐ ๒๕๕๑ ๗๐๐๗ ต่อ ๓๒๐๖



แบบการย้าย โอน

แบบการย้าย โอน

๑. ชื่อ.....
๒. ตำแหน่งปัจจุบัน..... (ด้าน.....) ระดับ.....
ตำแหน่งเลขที่..... ส่วนราชการ (กลุ่ม/กอง/สำนัก/สถาบัน (ตามกฎหมายกระทรวง)).....
(ปฏิบัติราชการที่.....)
ดำรงตำแหน่งนี้วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
อัตราเงินเดือน..... บาท (ณ วันที่.....)
๓. ขอ ☐ ย้าย ☐ โอน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง เกษตรกร (ด้าน.....) ระดับ.....
ตำแหน่งเลขที่..... ส่วนราชการ (กลุ่ม/กอง/สำนัก/สถาบัน (ตามกฎหมายกระทรวง)).....

๔. ประวัติส่วนตัว (จาก ก.พ.๗)

- เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... รวมอายุ..... ปี..... เดือน..... วัน.....
(นับถึงวันที่ปิดรับสมัคร)
- อายุราชการ..... ปี..... เดือน..... วัน (นับจากวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ถึงวันที่ปิดรับสมัคร)
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ..... Line ID :.....

๕. ประวัติทางวินัย

- ☐ เคยมีความผิดทางวินัย
☐ อยู่ระหว่างดำเนินการสอบสวนทางวินัย
☐ ไม่เคยมีความผิดทางวินัย

๖. ประวัติการศึกษา (เรียงจากวุฒิสูงสุด)

คุณวุฒิ และสาขาวิชาเอก	วัน เดือน ปีที่สำเร็จการศึกษา	สถาบันการศึกษา

หมายเหตุ : แบบสำเนาใบปริญญาบัตร สำเนาใบระเบียนแสดงผลการศึกษา สำหรับตำแหน่งที่ขอย้าย ขอโอน
พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๗. ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ.....เลขที่ใบอนุญาต.....

วันออกใบอนุญาต.....วันหมดอายุ.....

หมายเหตุ : แนบสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๘. ผลการพิจารณาเลื่อนเงินเดือน ย้อนหลัง ๓ ปี

- ปีงบประมาณ๒๕๖๘..... ครั้งที่ ๑ ระดับ ครั้งที่ ๒ ระดับ

- ปีงบประมาณ๒๕๖๗..... ครั้งที่ ๑ ระดับ ครั้งที่ ๒ ระดับ

- ปีงบประมาณ๒๕๖๖..... ครั้งที่ ๑ ระดับ ครั้งที่ ๒ ระดับ

๙. ประวัติการรับราชการ (จากเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน โดยแสดงรายละเอียดทุกรายการที่มีการเปลี่ยนแปลงตาม ก.พ.๗ เช่น การเลื่อนระดับ โอน ย้าย ลาออก บรรจุกลับ ฯลฯ เป็นต้น)

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	อัตราเงินเดือน	สังกัด

๑๐. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน

๑๐.๑ ด้านการบริหาร เช่น อบรมหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง หรือระดับต้น หรืออื่นๆ ที่มีระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๒ สัปดาห์

ปี พ.ศ.	ระยะเวลา	หลักสูตร	สถาบัน

๑๐.๒ ด้านการบริการ/ด้านวิชาการ

ปี พ.ศ.	ระยะเวลา	หลักสูตร	สถาบัน

๑๑. หน้าที่ความรับผิดชอบปัจจุบัน

.....

.....

.....

.....

.....

๑๒. ผลงานหรือผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา ที่ตรงกับตำแหน่งในปัจจุบัน (โดยสรุป)

๑๒.๑

๑๒.๒

๑๒.๓

๑๓. ผลงานหรือผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา ที่เกื้อกูลหรือเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่ขอย้าย/โอน (โดยสรุป)

๑๓.๑

๑๓.๒

๑๓.๓

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ (ผู้ประสงค์ขอย้าย/โอน)

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

ความเห็นของผู้อำนวยการ

.....

.....

.....

(ลงชื่อ)

(.....)

วันที่

บันทึกสำหรับประกอบการขอโอน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ส่วนราชการ.....

มีความประสงค์จะขอโอน มารับราชการที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
แต่ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอน

☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอนไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่

๑. หากตำแหน่งที่เข้ารับโอนข้าพเจ้าเป็นตำแหน่งที่มีอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่ในปัจจุบัน ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับเงินเดือนขั้นที่มีอยู่ของตำแหน่งที่จะรับโอนไปก่อนจนกว่าจะสั่งพอกอัตราให้

๒. กรณีที่ ก.พ. อนุมัติให้รับโอนในระดับ และอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ได้รับอยู่เดิม ข้าพเจ้า

- ☐ ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ
- ☐ ไม่ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ

๓. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่.....

- ☐ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอน
- ☐ ไม่ประสงค์จะรอเลื่อนระดับก่อนโอน

๔. การโอนครั้งนี้ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย / ใน ☐ ที่ต้องการ)

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| ๔.๑ เงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว | ☐ ขอเบิก | ☐ ไม่ขอเบิก |
| ๔.๒ เงินค่าพาหนะเดินทาง | ☐ ขอเบิก | ☐ ไม่ขอเบิก |
| ๔.๓ เงินค่าเบี้ยเลี้ยง | ☐ ขอเบิก | ☐ ไม่ขอเบิก |

(ลงชื่อ).....ผู้ขอโอน

วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานบุคคล

วันที่.....

หมายเหตุ

๑. กรณีขอโอนติดตามคู่สมรส ให้แนบหลักฐานที่แสดงว่าคู่สมรสมีภูมิลำเนา หรือปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดที่ขอโอนไป

๒. กรณีขอโอนกลับภูมิลำเนาเดิม ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม

๓. กรณีขอโอนเพื่อดูแลบิดา มารดา หรือบุตร ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา หรือบุตร และใบรับรองแพทย์ ในกรณีที่บิดา มารดา หรือบุตรมีโรคประจำตัว

๔. กรณีขอโอนมาตำแหน่งที่กำหนดให้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ให้แนบสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพด้วย

๕. การขอเบิกเงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว ค่าพาหนะเดินทาง และค่าเบี้ยเลี้ยง อยู่ในดุลพินิจของผู้บังคับบัญชาทางสังกัดเดิมเป็นผู้พิจารณา