



ที่ พจ ๐๐๓๒.๐๑๐ / ๕๒๖๕

ศาลากลางจังหวัดพิจิตร

ถนนพิจิตร-ตะพานหิน พจ ๖๖๐๐๐

๕

พฤษภาคม ๒๕๖๐

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อรับย้ายตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศจังหวัดพิจิตร

จำนวน ๑ ฉบับ

๑. แบบใบสมัคร ฯ

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย จังหวัดพิจิตร มีความประสงค์จะรับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อรับย้ายตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินและบัญชี ระดับปฏิบัติงาน/ชำนาญงาน ตำแหน่งเลขที่ ๑๐๒๗๕๗ ฝ่ายบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร แทนตำแหน่งที่จะเกษียณอายุราชการ จำนวน ๑ ตำแหน่ง ตามประกาศจังหวัดพิจิตร ฉบับลงวันที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๖๐ โดยขอให้ผู้ที่ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกให้ดำรงตำแหน่งดังกล่าวส่งใบสมัครพร้อมเอกสารประกอบการสมัคร โดยผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับ ส่งถึง กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ตั้งแต่วันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐ โดยถือวันที่ลงรับหนังสือของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรเป็นสำคัญ หากพ้นกำหนดนี้แล้วจะถือว่าไม่ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือก

จึงเรียนมาเพื่อทราบและประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดได้ทราบโดยทั่วกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิชญ์ เสนาวิน)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดพิจิตร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

โทร ๐ ๕๖๖๙ ๙๓๕๔-๕๘ ต่อ ๑๒๑

โทรสาร ๐ ๕๖๖๙ ๙๓๕๓



สาธารณสุขยุคใหม่ สร้างสังคมสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย

หมายเหตุ สามารถ Download เอกสารได้ที่ www.ppho.go.th หัวข้อข่าวประชาสัมพันธ์



ประกาศจังหวัดพิจิตร

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อรับย้ายตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

.....

ด้วย จังหวัดพิจิตรมีความประสงค์จะรับสมัครข้าราชการเพื่อย้ายข้าราชการตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินและบัญชีระดับปฏิบัติงาน/ชำนาญงาน ตำแหน่งที่จะว่าง เนื่องจากเกษียณอายุราชการ จำนวน ๑ ตำแหน่ง โดยดำเนินการคัดเลือกตาม หลักเกณฑ์การย้ายข้าราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๔

ก. ตำแหน่งที่จะรับย้าย จำนวน ๑ ตำแหน่ง

๑. ตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินและบัญชีระดับปฏิบัติงาน/ชำนาญงาน ตำแหน่งเลขที่ ๑๐๒๗๕๗ ฝ่ายบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ข. คุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือก

๑. มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินและบัญชี ที่ ก.พ.กำหนด
๒. มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์การย้ายของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๕๔

ค. เอกสารที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร

๑. ใบสมัคร จำนวน ๕ ชุด (ต้นฉบับ ๑ ชุด สำเนา ๔ ชุด)
๒. สำเนา ก.พ.๗ และ สำเนาวุฒิการศึกษา จำนวน ๕ ชุด

ง. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก

การพิจารณาคัดเลือกบุคคลจะพิจารณาจากองค์ประกอบ ดังนี้

๑. ความรู้ความสามารถและความชำนาญการในการปฏิบัติงาน ๒๐ คะแนน
๒. การปฏิบัติตนเหมาะสมกับการเป็นข้าราชการ ๒๐ คะแนน
๓. ผลงานหรือผลการปฏิบัติงาน ๒๐ คะแนน
๔. คุณสมบัติส่วนบุคคล ๔๐ คะแนน
ประกอบด้วย อายุราชการ ระยะเวลาในการปฏิบัติราชการ การศึกษา และ ความดีความชอบย้อนหลัง
๕. วิธีการคัดเลือกจะพิจารณาจากใบสมัคร ผลงาน ประวัติการรับราชการ และสัมภาษณ์ ประกอบการพิจารณาทั้งนี้ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกต้องได้คะแนนไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐

ใบสมัคร

() เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี ระดับปฏิบัติงาน/ชำนาญงาน ตำแหน่งเลขที่ ๑๐๒๗๕๗
ฝ่ายบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่ออายุตัว.....ปี .อายุราชการ.....ปี
บรรจุเข้ารับราชการเมื่อ.....วันเกษียณอายุราชการ ๓๐ กันยายน
เปลี่ยนตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป/.....เมื่อ.....
ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง (ตาม จ.๑๘)
ส่วนราชการ.....
ตั้งแต่วันที่.....อัตราเงินเดือนปัจจุบัน (๑ ตุลาคม ๒๕๕๙)..... บาท

๒. การดำรงตำแหน่ง

ดำรงตำแหน่งระดับ ๖ ตั้งแต่.....
ดำรงตำแหน่งระดับ ๗ ตั้งแต่.....
ดำรงตำแหน่งระดับ () ปฏิบัติการ () ชำนาญการ ตั้งแต่

๓. วุฒิการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ

๓.๑.....จากสถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....
๓.๒.....จากสถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....
๓.๓.....จากสถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.....

๔. การฝึกอบรม/การฝึกอบรมทางด้านบริหาร (๕ สัปดาห์ หรือ ๒ สัปดาห์) /ดูงาน/ผลงานเด่นหรือรางวัลที่ได้รับ

๕.๑ หลักสูตร.....จากสถาบัน.....ระยะเวลาอบรม.....
๕.๒ หลักสูตร.....จากสถาบัน.....ระยะเวลาอบรม.....

๕. เครื่องราชอิสริยาภรณ์ครั้งสุดท้าย (ชั้นตรา) เมื่อ ๕ ธันวาคม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องเป็นจริงทุกประการหากตรวจสอบภายหลังพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมดสิทธิ์ได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกจะถือว่าเป็นโมฆะ

(ลงชื่อ) ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือก
(.....)

ตำแหน่ง.....

บันทึกประกอบการขอย้าย / โอน

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

ส่วนราชการ

มีความประสงค์จะขอย้าย / โอน ไปรับราชการที่

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
แต่ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย / โอน

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อน โอนไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่าง ประเมินผลงาน
ทางวิชาการ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่โดยขอ นำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิม
ขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย / โอน
วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานเจ้าหน้าที่
วันที่.....

ใบขอย้าย

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอย้ายสถานที่ปฏิบัติราชการ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดพิจิตร

1. ข้าพเจ้า วุฒิ

..... วุฒิบัตร -

2. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่งระดับ

ตำแหน่งเลขที่ ส่วนราชการ

ดำรงตำแหน่งนี้ เมื่อวันที่ อัตราเงินเดือนปัจจุบัน บาท ปฏิบัติราชการจริงที่

..... ตั้งแต่วันที่

ขณะนี้ อยู่ระหว่างการลาศึกษา / ฝึกอบรม / หรือดูงาน หลักสูตร
ตั้งแต่วันที่ เดือน..... พ.ศ. ถึงวันที่ เดือน..... พ.ศ.

ไม่อยู่ระหว่างการลาศึกษา / ฝึกอบรม / ดูงาน

อยู่ระหว่างปฏิบัติงานขอใช้ทุนหลักสูตร.....

ต้องปฏิบัติงานขอใช้ทุน ปี ตั้งแต่วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ถึงวันที่ เดือน..... พ.ศ.

ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

3. ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่ง ระดับ

ส่วนราชการ

เหตุผลในการขอย้าย และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลพร้อมนี้แล้ว

จำนวน ฉบับ

4. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรง

ตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

ยินยอมลดระดับ ไม่ยินยอมลดระดับ

5. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย

มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

อยู่ระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอให้นำผลประเมินวิชาการ
ที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

6. ในการขอย้ายครั้งนี้หากทางราชการอนุญาตให้ย้ายได้ ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย / ใน ที่ต้องการ)

- 6.1 เงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว ขอเบิก ไม่ขอเบิก
6.2 เงินค่าพาหนะเดินทาง ขอเบิก ไม่ขอเบิก
6.3 เงินค่าเบี้ยเลี้ยง ขอเบิก ไม่ขอเบิก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย

(.....)

.....

คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่

ตามที่ (นาย , นาง , นางสาว)

ตำแหน่ง ระดับ มีความประสงค์ขอย้าย
ไปดำรงตำแหน่งทาง..... นั้น ได้พิจารณา

- ให้เบิกตามรายการที่ระบุใน 6
 ให้เบิกเฉพาะรายการที่
 ไม่ให้เบิกทุกรายการที่ระบุใน 6

(ลงชื่อ).....

(.....)

.....

...../...../.....

- หมายเหตุ 1. กรณีขอย้ายติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งย้ายหรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส
2. กรณีขอย้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม
3. กรณีขอย้ายเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณีที่บิดา มารดา
อายุต่ำกว่า 65 ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองจากแพทย์ด้วย
4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการกอง หรือ
หัวหน้าหน่วยราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้เป็นผู้ให้คำรับรอง
เบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับ ตำแหน่งใหม่ แล้วแต่กรณี