



ที่ กบ ๐๐๓๓/ ๑ ๗/๗๑

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
ถนนอุตรกิจ กบ ๘๑๐๐๐

๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง รับย้าย/รับโอนข้าราชการ

เรียน ผอ.รพ.กระบี่/ผอ.รพช.ทุกแห่ง/นายอำเภอทุกอำเภอ/หัวหน้ากลุ่มงานใน สสจ.กระบี่

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบใบขอย้าย	จำนวน ๑ ชุด
๒. แบบใบขอโอน	จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล	จำนวน ๑ ชุด
๔. รายละเอียดตำแหน่งว่างที่รับย้าย/รับโอน	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ มีความประสงค์จะรับย้าย/รับโอนข้าราชการ เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งต่าง ๆ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ จำนวน ๑๑ ตำแหน่ง ตามบัญชีรายละเอียดตำแหน่งว่างที่แนบมาพร้อมหนังสือฉบับนี้

ในการนี้ หากมีข้าราชการผู้ใดประสงค์จะขอย้าย/ขอโอน ไปดำรงตำแหน่งดังกล่าว ให้ส่งแบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล ใบขอย้าย/ขอโอน ผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น ถึงกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ได้ตั้งแต่วันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕ โดยจะถือวันที่ลงรับหนังสือของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่เป็นสำคัญ ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดรายละเอียดสิ่งที่ส่งมาด้วย ทางเว็บไซต์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ที่ www.kbo.moph.go.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจได้ทราบต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสินชัย รongเดช)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๗๕๖๑ ๑๐๑๒ ต่อ ๒๐๑

โทรสาร ๐ ๗๕๖๑ ๒๙๗๑



ที่ กบ ๐๐๓๓/ ๖๗๕๐

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
ถนนอุตรกิจ กบ ๘๑๐๐๐

๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง รับย้าย/รับโอนข้าราชการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบใบขอย้าย	จำนวน ๑ ชุด
๒. แบบใบขอโอน	จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล	จำนวน ๑ ชุด
๔. รายละเอียดตำแหน่งว่างที่รับย้าย/รับโอน	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ มีความประสงค์จะรับย้าย/รับโอนข้าราชการ เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งต่าง ๆ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ จำนวน ๑๑ ตำแหน่ง ตามบัญชีรายละเอียดตำแหน่งว่างที่แนบมาพร้อมหนังสือฉบับนี้

ในการนี้ หากมีข้าราชการผู้ใดประสงค์จะขอย้าย/ขอโอน ไปดำรงตำแหน่งดังกล่าว ให้ส่งใบขอย้าย ขอโอน แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล ผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น ถึงกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ได้ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕ โดยจะถือวันที่ลงรับหนังสือของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่เป็นสำคัญ ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดรายละเอียดสิ่งที่ส่งมาด้วย ทางเว็บไซต์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ที่ www.kbo.moph.go.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจได้ทราบต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสินชัย รongเดช)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร. ๐ ๗๕๖๑ ๑๐๑๒ ต่อ ๒๐๑
โทรสาร ๐ ๗๕๖๑ ๒๙๗๑

ใบขอย้าย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน

1. ข้าพเจ้า.....วุฒิ.....

ใบอนุญาต วุฒิบัตร.....

2. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง ระดับ.....

ตำแหน่งเลขที่..... ส่วนราชการ

ดำรงตำแหน่งเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. อัตราเงินเดือนปัจจุบันบาท

ปฏิบัติราชการจริงที่.....

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

ขณะนี้

อยู่ในระหว่างการลาศึกษา / ฝึกอบรม / หรือดูงาน หลักสูตร

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.

ไม่อยู่ในระหว่างการลาศึกษา / ฝึกอบรม / ดูงาน

อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานขอใช้ทุนหลักสูตร.....

ต้องปฏิบัติงานขอใช้ทุน ปี ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.

ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

3. ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่ง ระดับ.....

ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอย้าย

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลพร้อมนี้แล้วจำนวน ฉบับ

4. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรงตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

ยินยอมลดระดับ

ไม่ยินยอมลดระดับ

5. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย

มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

อยู่ในระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอให้นำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

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.....มี
ความประสงค์ขอย้ายไปดำรงตำแหน่งทางจังหวัด..... 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

บันทึกประกอบการขอย้าย / โอน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ส่วนราชการ.....

มีความประสงค์จะขอย้าย / โอน ไปรับราชการที่

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
แต่ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย / โอน

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอนไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่าง ประเมินผลงาน
ทางวิชาการ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่โดยขอแสดงผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิม
ขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย / โอน

วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานการเจ้าหน้าที่

วันที่.....

ใบขอโอน

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

เรื่อง ขอนโอนมารับราชการ

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....วุฒิ.....

ใบอนุญาต.....วุฒิบัตร.....

๒. ปัจจุบันเป็นข้าราชการ.....ตำแหน่ง.....ฝ่าย/กลุ่ม/.....

ศูนย์.....กอง.....กรม.....โทรศัพท์.....

ดำรงตำแหน่งนี้เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....บาท

ขณะนี้ อยู่ในระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ พ้นจากการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ อยู่ในระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดูงาน หลักสูตร.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

 ไม่อยู่ระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดูงาน อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานชดใช้ทุน หลักสูตร.....

ต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุน...ปี ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

 ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

๓. ขอนโอนมาดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....

ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอโอน คือ

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว จำนวนฉบับ

๔. ประวัติส่วนตัว

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน

□-□□□□-□□□□□-□□-□ เริ่มรับราชการเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุราชการ.....ปี.....เดือน (นับถึงเดือน.....พ.ศ.....) ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัด).....

ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

 เป็นสมาชิก กบข. ประเภท สะสม ไม่สะสม ไม่เป็นสมาชิก กบข.

๕. ประวัติการศึกษา

คุณวุฒิ	สาขาวิชาเอก	ปีที่จบการศึกษา

๖. () ไม่เคยผ่าน...

๖. ไม่เคยผ่านการประเมินบุคคลและผลงานมาก่อน
 เคยผ่านการประเมินบุคคลและผลงาน
โดยวิธีการ สอบหรือประเมินตาม ว ๓๔/๔๗ ในตำแหน่ง
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
โดยวิธีการ สอบหรือประเมินตาม ว ๑๖/๓๘ หรือ ว ๑๐/๔๘ ในตำแหน่ง.....
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๗. ประวัติการรับราชการ (จากเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบันแสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้น แต่ละระดับและการเปลี่ยนแปลงในการดำรงตำแหน่งในสายงานต่างๆ)

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	อัตราเงินเดือน	สังกัด

๘. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน

ปี พ.ศ.	ระยะเวลา	หลักสูตร	สถาบัน

๙. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งปัจจุบัน

๙.๑.....

๙.๒.....

๙.๓.....

๑๐. หากตำแหน่งที่เข้ารับโอนข้าพเจ้าเป็นตำแหน่งที่มีอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่ในปัจจุบัน ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับเงินเดือนชั้นที่มีอยู่ของตำแหน่งที่จะรับโอนไปก่อนจนกว่าจะสั่งพอกอัตราให้

๑๑. กรณีที่ ก.พ. อนุมัติให้รับโอนในระดับและอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ได้รับอยู่เดิม ข้าพเจ้า

ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ

ไม่ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ

๑๓. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่.....
- มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอน
- ไม่ประสงค์จะรอเลื่อนระดับก่อนโอน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอโอน
(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าตำแหน่ง.....
ระดับ.....(ส่วนราชการ).....
เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า
เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ มีความสนใจ และอุตสาหะ
ในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....
...../...../.....

- หมายเหตุ ๑. กรณีขอโอนติดตามคู่สมรส ให้แนบหลักฐานที่แสดงว่าคู่สมรสมีภูมิลำเนา หรือปฏิบัติงานอยู่ใน
จังหวัดที่ขอโอนไป
๒. กรณีขอโอนกลับภูมิลำเนาเดิม ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม
๓. กรณีขอโอนเพื่อดูแลบิดา มารดา หรือ บุตร ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา หรือบุตร
และใบรับรองแพทย์ ในกรณีที่บิดา มารดา หรือ มีโรคประจำตัว
๔. กรณีขอโอนตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ให้แนบสำเนาใบประกอบวิชาชีพ

แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

ของ

.....(ชื่อ-สกุล).....

ตำแหน่ง..... (ด้าน.....)

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

ประเมินบุคคลเพื่อย้าย/ โอน ไปแต่งตั้งให้ดำรง

ตำแหน่ง..... (ด้าน.....)

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

๑. แบบแสดงข้อมูลส่วนบุคคล

๑. ชื่อผู้ขอประเมิน

๒. ตำแหน่งปัจจุบันระดับ.....(ด้าน(ถ้ามี))

ตำแหน่งเลขที่สังกัด ฝ่าย/กลุ่ม/ส่วน

กอง/สำนัก/สถาบัน/ศูนย์ กรม

๓. ตำแหน่งที่ขอประเมินระดับ.....(ด้าน.....(ถ้ามี))

ตำแหน่งเลขที่สังกัด ฝ่าย/กลุ่ม/ส่วน

กอง/สำนัก/สถาบัน/ศูนย์ กรม

๔. ประวัติส่วนตัว (จาก ก.พ. ๗)

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ

อายุราชการ ปี เดือน ปีเกษียณ

๕. ประวัติการศึกษา

คุณวุฒิและวิชาเอก (ชื่อปริญญา)	ปีสำเร็จการศึกษา	สถาบัน
.....
.....

๖. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) (ชื่อใบอนุญาตและเลขที่ใบอนุญาต

วันออกใบอนุญาตวันหมดอายุ

๗. ประวัติการรับราชการ (จากเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน แสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

ในระดับสูงขึ้นแต่ละระดับ และการเปลี่ยนแปลงในการดำรงตำแหน่งในสายงานต่าง ๆ)

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	สังกัด
.....
.....

๘. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน

ปี	ระยะเวลา	หลักสูตร	สถาบัน
.....
.....

๙. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (เคยปฏิบัติงานเกี่ยวกับอะไรบ้างที่นอกเหนือจากข้อ ๗ เช่น

เป็นหัวหน้าโครงการ หัวหน้างาน กรรมการ อนุกรรมการ วิทยากร อาจารย์พิเศษ เป็นต้น)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) (ผู้ขอประเมิน)

(.....)

(วันที่)/...../.....

หมายเหตุ ข้อ ๑ - ๙ ให้ผู้ขอประเมินเป็นผู้กรอกข้อมูล พร้อมทั้งแนบสำเนาเอกสารที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงานการเจ้าหน้าที่เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง

บัญชีรายละเอียดตำแหน่งว่างที่รับย้าย/รับโอน แนบท้ายหนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

ที่ กบ ๐๐๓๓/ว น/๙๐ ลงวันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๕
ว. ๓/๙๐

๑. ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๑๖๒๐ กลุ่มงานบริหารทั่วไป
โรงพยาบาลปลายพระยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ เพื่อรับย้าย/รับโอน
๒. ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๑๔๔๗ กลุ่มงานบริหารทั่วไป
โรงพยาบาลลำทับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ เพื่อรับย้าย/รับโอน
๓. ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๑๕๙๔ งานการพยาบาลผู้คลอด
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลอ่าวลึก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ เพื่อรับย้าย/รับโอน
๔. ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๑๓๔๒ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ เพื่อรับย้าย/รับโอน
๕. ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๑๖๙๒ กลุ่มงานบริการด้าน
ปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลลำทับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ เพื่อรับย้าย/รับโอน
๖. ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๗๗๗๖๙ กลุ่มงานบริหาร
สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านช่องแบก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่
เพื่อรับย้าย/รับโอน
๗. ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๑๗๖๕ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเหนือคลอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ เพื่อรับย้าย/รับโอน
๘. ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๑๔๙๗ กลุ่มงานประกันสุขภาพ
ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลคลองท่อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
เพื่อรับย้าย/รับโอน
๙. ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๑๕๒๗ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและ
องค์รวม โรงพยาบาลคลองท่อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ เพื่อรับย้าย
๑๐. ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านบริการทางวิชาการ) ปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่
๑๒๒๐๐๗ กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหลมกรวด
ตำบลคลองขนาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ เพื่อรับย้าย
๑๑. ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๖๑๔๘๔ กลุ่มงาน
เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางฝั่ง ตำบลโคกยาง สำนักงานสาธารณสุข
อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ เพื่อรับย้าย/รับโอน

.....

๒๗ มิ.ย. ๒๕๖๕