



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รับถ่ายโอนบุคลากรสังกัดสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๑

.....

ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ลงวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๔ องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรีรับถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดชลบุรี จำนวน ๑๔ แห่ง นั้น

เพื่อให้การบริการประชาชนตามภารกิจการถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๑๔ แห่ง ดังกล่าว สามารถให้บริการประชาชนได้อย่างเต็มศักยภาพและต่อเนื่อง อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๕/๕ แห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๐ และหนังสือสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร ๐๑๐๗/๗๒๘๕ ลงวันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๖ องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี จึงมีความประสงค์ที่จะรับถ่ายโอนบุคลากร เพื่อมาปฏิบัติงานในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามกรอบอัตรากำลังในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๑ โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑. บุคลากรที่ประสงค์จะถ่ายโอนมาสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ต้องถ่ายโอนมาในตำแหน่งที่ว่างตามกรอบอัตรากำลังโครงสร้างของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ทั้งหมดจำนวน ๑๔ แห่ง โดยสามารถตรวจสอบอัตราดำเนินการรับถ่ายโอน และคุณสมบัติของผู้ประสงค์ถ่ายโอนฯ ได้ตามเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒

๒. ข้าราชการ ที่ประสงค์ถ่ายโอนตามข้อ ๑. ต้องมีเอกสารแนบประกอบ ดังนี้

๒.๑ แบบแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด

๒.๒ สำเนาทะเบียนประวัติข้าราชการ (ก.พ.๗) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๓. ทำหนังสือแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอน พร้อมยื่นแบบแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอนด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ ๑๙ ตุลาคม - ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๙ ณ กองการเจ้าหน้าที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ในวันและเวลาราชการ

๔. องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี จะพิจารณารับถ่ายโอนบุคลากร ตามลำดับการยื่นแบบแจ้งความประสงค์ฯ ให้ผู้ที่แจ้งความประสงค์ก่อนเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน โดยพิจารณาจากวันและเวลาตามหลักฐานในแบบแจ้งความประสงค์ฯ

๕. องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี จะประกาศรายชื่อข้าราชการที่จะรับถ่ายโอนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยปิดประกาศไว้ที่ป้ายประชาสัมพันธ์หน้าทำการองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี และทางเว็บไซต์องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี www.lopeao.go.th โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี จะดำเนินการจัดส่งรายชื่อบุคลากรที่ประสงค์ถ่ายโอนให้กับคณะกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุข ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณา และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ทั้งนี้ บุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผู้ใด ประสงค์จะถ่ายโอนมายังสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี สามารถดูรายละเอียดได้ทางเว็บไซต์องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี www.lopeao.go.th หรือสอบถามรายละเอียดได้ที่ฝ่ายสรรหาและบรรจุแต่งตั้ง กองการเจ้าหน้าที่ โทรศัพท์ ๐ ๓๖๔๑ ๑๔๐๔ ต่อ ๘ ในวันและเวลาราชการ

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙



(นางอรพิน จิระพันธุ์วณิช)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

รายละเอียดแนบท้ายประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี
เรื่อง รับถ่ายโอนบุคลากรสังกัดสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
ลงวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๙

คุณสมบัติบุคลากรที่ประสงค์ถ่ายโอนมาสังกัดสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

๑. บุคลากรปฏิบัติงานอยู่ที่ รพ.สต. และเลขตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ รพ.สต.
๒. บุคลากรปฏิบัติงานอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) แต่เลขตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ที่ รพ.สต.
๓. บุคลากรปฏิบัติงานอยู่ที่ รพ.สต. แต่เลขตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ที่ สสอ. สสจ. รพช. รพท. และ รพศ.
๔. บุคลากรปฏิบัติงานและเลขตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ที่ สสอ. สสจ. รพช. รพท. และ รพศ. และเคยปฏิบัติงานอยู่ที่ รพ.สต. ไม่น้อยกว่า ๑ ปี
๕. กรณีไม่เข้าเงื่อนไขตามข้อ ๑ - ๔ ต้องได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาหน่วยงานต้นสังกัด (ผอ.รพ./สสอ./นพ.สสจ.)

รายละเอียดแนบท้ายประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี
เรื่อง รับถ่ายโอนบุคลากรสังกัดสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
ลงวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๑

อัตราตำแหน่งที่รับถ่ายโอนมาสังกัดสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

ที่	สังกัด	อำเภอ	ขนาด รพ.สต. (S M L)	ประเภท	ตำแหน่ง	ระดับ	อัตราที่รับ ถ่ายโอน
1	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยโป่ง	โคกสำโรง	ใหญ่ (L)	วิชาการ	นักวิชาการสาธารณสุข	ปก./ชก.	1
2	สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลโคกสลุง	พัฒนานิคม	ใหญ่ (L)	วิชาการ	นักวิชาการสาธารณสุข	ปก./ชก.	4
					พยาบาลวิชาชีพ	ปก./ชก.	2
				ทั่วไป	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	ปง./ชง.	1
3	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช่องสาริกา	พัฒนานิคม	ใหญ่ (L)	วิชาการ	นักวิชาการสาธารณสุข	ปก./ชก.	3
					พยาบาลวิชาชีพ	ปก./ชก.	2
				ทั่วไป	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	ปง./ชง.	1
4	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ไก่ดั้น	เมืองลพบุรี	กลาง (M)	วิชาการ	นักวิชาการสาธารณสุข	ปก./ชก.	1
5	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะลุง	เมืองลพบุรี	กลาง (M)	วิชาการ	นักวิชาการสาธารณสุข	ปก./ชก.	2
					พยาบาลวิชาชีพ	ปก./ชก.	2
				ทั่วไป	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	ปง./ชง.	1
6	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเบิก	ท่าม่วง	กลาง (M)	วิชาการ	นักวิชาการสาธารณสุข	ปก./ชก.	1
7	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อทอง	หนองม่วง	กลาง (M)	วิชาการ	นักวิชาการสาธารณสุข	ปก./ชก.	1
					พยาบาลวิชาชีพ	ปก./ชก.	2
				ทั่วไป	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	ปง./ชง.	1
					เจ้าพนักงานสาธารณสุข	ปง./ชง.	1
8	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังเพลิง	โคกสำโรง	กลาง (M)	วิชาการ	นักวิชาการสาธารณสุข	ปก./ชก.	2
					พยาบาลวิชาชีพ	ปก./ชก.	3
9	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงมะรุ้ม	โคกสำโรง	กลาง (M)	วิชาการ	นักวิชาการสาธารณสุข	ปก./ชก.	4
					พยาบาลวิชาชีพ	ปก./ชก.	2
10	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางลี่	ท่าม่วง	เล็ก (S)	วิชาการ	นักวิชาการสาธารณสุข	ปก./ชก.	1
					พยาบาลวิชาชีพ	ปก./ชก.	1



แบบแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

เรื่อง ขอแจ้งความประสงค์และยืนยันการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ลงวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๔ ข้อ ๕ ให้การถ่ายโอนบุคลากรของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สอน./รพ.สต.) เป็นไปด้วยความสมัครใจ นั้น

ข้าพเจ้า.....สกุล.....อายุ.....ปี
วุฒิการศึกษา.....ตำแหน่ง.....ระดับ.....
ประเภท.....บรรจุรับราชการครั้งแรก วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เลขที่ตำแหน่งตาม ก.พ.๗.....ประจำหน่วยงาน (รพ.สต./สสอ./สสจ./รพ.ศ./
รพ.ท./รพช.).....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์และยืนยันการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี
เพื่อปฏิบัติราชการที่ สอน./รพ.สต.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัดลพบุรี โดยปัจจุบันข้าพเจ้ามีอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นจากเงินงบประมาณต่อเดือน ดังนี้

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ๑. อัตราเงินเดือน ณ วันที่ ๑ เม.ย. ๒๕๖๙.....บาท | ๓. ค่าเช่าบ้าน (เดือนละ) บาท |
| ๒. ค่าตอบแทน ต่อเดือน | ๔. เงินสมทบ กบข. ๓% บาท |
| ๒.๑ เงินประจำตำแหน่ง บาท | ๕. ค่าเล่าเรียนบุตร (ปีละ) บาท |
| ๒.๒ เงินเพิ่มตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษฯ | ๖. เงินอื่นๆ |
| (พ.ต.ส.) บาท | (ระบุ.....) บาท |
| ๒.๓ เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย (ณ.๑๑) บาท | |
| ๒.๔ ค่าตอบแทนปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ | |
| และเวชปฏิบัติครอบครัว บาท | |
| ๒.๕ ค่าตอบแทนอื่น | |
| (ระบุ.....) บาท | |
| รวมทั้งสิ้น.....บาท (.....) | |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและข้อมูลข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ข้อมูลเพิ่มเติม ประกอบการแสดงความประสงค์ถ่ายโอนมาองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี
ถ่ายโอนปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ (ถ่ายโอนวันที่ ๒ ต.ค. ๒๕๖๐)

โปรดระบุ สอน./รพ.สต.แห่งอื่น ที่ประสงค์จะไปปฏิบัติงาน (กรณีไม่สามารถจัดให้ลงตามที่ได้เลือกไว้ได้)

ลำดับ ๑ สอน./รพ.สต.....อำเภอ.....

ลำดับ ๒ สอน./รพ.สต.....อำเภอ.....

ลำดับ ๓ สอน./รพ.สต.....อำเภอ.....

เอกสารหลักฐานที่ข้าพเจ้าแนบมาด้วย มีดังนี้

- () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
- () สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ จำนวน ๑ ฉบับ
- () สำเนา ก.พ. ๗ จำนวน ๑ ชุด
- () คำสั่งให้ช่วยราชการใน สอน./รพ.สต. หรือ ๕ หน่วยงาน (ถ้ามี)
- () หนังสืออนุมัติให้ถ่ายโอนจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น (กรณีมีสิทธิถ่ายโอนตามข้อ ๕)
- () อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าเป็นผู้มี “สิทธิถ่ายโอน” ตามเงื่อนไขการถ่ายโอน สอน./รพ.สต. ที่ ก.ก.ถ. ประกาศ และตามมติคณะกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 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.) แต่เลข จ.๑๘ อยู่ รพ.สต.
- () ข้อ ๓ ปฏิบัติงานอยู่ รพ.สต. แต่เลข จ.๑๘ อยู่ ๕ หน่วยงาน
- () ข้อ ๔ ปฏิบัติงานและเลข จ.๑๘ อยู่ ๕ หน่วยงาน แต่ เคยปฏิบัติงานอยู่ รพ.สต. ไม่น้อยกว่า ๑ ปี
- () ข้อ ๕ กรณีไม่เข้าเงื่อนไขข้อ ๑ - ๔ ข้าพเจ้าได้รับอนุมัติให้ถ่ายโอนจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้นแล้ว

ผู้รับผิดชอบ ฝ่ายสรรหาและบรรจุแต่งตั้ง กองการเจ้าหน้าที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี
โทร. ๐ ๓๖๔๑ ๑๔๐๔ ต่อ ๘
นางสาวธณัญญาณ์ ปัญญา นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ
โทร. ๐๙๕-๓๕๖๗๔๔๙๙

แบบยินยอมให้ข้าราชการถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี
สำหรับบุคลากรในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ยินยอมให้ข้าราชการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์
และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ลงวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๔ ข้อ ๕ ให้การถ่ายโอน
บุคลากรของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(สอน./รพ.สต.) เป็นไปด้วยความสมัครใจ นั้น

ด้วย (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....เลขที่ตำแหน่ง.....ประเภท.....

ปัจจุบันปฏิบัติราชการที่.....มีความประสงค์ถ่ายโอนมา
สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อปฏิบัติราชการ
ที่ สอน./รพ.สต.....อำเภอ.....จังหวัดลพบุรี

จึงขอแจ้งว่า

☐ อนุมัติให้บุคลากรดังกล่าวถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ตามภารกิจ
ถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เพื่อปฏิบัติราชการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดลพบุรี

☐ ไม่อนุมัติให้บุคลากรดังกล่าวถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ตามภารกิจ
ถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ด้วยเหตุผล.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและข้อมูลข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....