



ส่งที่ส่งมาด้วย ๒

แบบแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอน องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี
ภารกิจถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.)
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สำหรับข้าราชการและลูกจ้าง
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๗๐

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอแจ้งความประสงค์และยืนยันการถ่ายโอน สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๘ ตอนพิเศษ ๒๕๔ ง ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ ข้อ ๕ ให้การถ่ายโอนบุคลากรของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นไปตามความสมัครใจ หากบุคลากรไม่สมัครใจโอนย้ายไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดและส่วนราชการต้นสังกัดเดิม ปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด นั้น

๑. ข้าราชการและลูกจ้างประจำ

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง

อัตราตำแหน่ง (จ.๑๘) เลขที่..... ประเภท วุฒิ.....

สาขา..... สำเร็จการศึกษาจาก

ได้รับใบประกอบวิชาชีพสาขา

ปัจจุบันปฏิบัติราชการเป็นการประจำที่..... ตำบล

อำเภอ จังหวัด..... โทรศัพท์มือถือ

ในครั้งนี้อาพเจ้าขอแสดงเจตนา ดังนี้

ขอสมัครใจ...

☐ ขอสมัครใจถ่ายโอน เพื่อปฏิบัติราชการที่.....
ตำบล อำเภอ..... จังหวัดลพบุรี

☐ ขอช่วยราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี เป็นระยะเวลา ๑ ปี ที่โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล (ระบุ) ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัดลพบุรี โดยปัจจุบันข้าพเจ้ามีอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นจากงบประมาณต่อเดือน ดังนี้

๑. อัตราเงินเดือน ณ วันที่	บาท
๒. ค่าตอบแทนอื่นจากงบประมาณต่อเดือน	
๒.๑ เงินประจำตำแหน่ง (วิชาชีพ)	บาท
๒.๒ พ.ต.ส	บาท
๒.๓ ฉ.๑๑	บาท
๒.๔ ค่าตอบแทนอื่น(ระบุ).....	บาท
๓. กบข	%
๔. ค่าเช่าบ้าน (ต่อเดือน)	บาท
๕. ค่าเล่าเรียนบุตร (ต่อภาคการศึกษา)	บาท
รวม	บาท

๒. ลูกจ้าง (พกส.)/ลูกจ้างประเภทอื่น

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง

อัตราตำแหน่ง (จ.๑๘) เลขที่..... ประเภท..... วุฒิ.....

สาขา..... สำเร็จการศึกษาจาก

ได้รับใบประกอบวิชาชีพสาขา

ปัจจุบันปฏิบัติราชการเป็นการประจำที่..... ตำบล

อำเภอ จังหวัด..... โทรศัพท์มือถือ

ในครั้งนี้อาจารย์ขอแสดงเจตนา ดังนี้

☐ ขอสมัครใจถ่ายโอน เพื่อปฏิบัติราชการที่.....
ตำบล อำเภอ จังหวัดลพบุรี

☐ ขอช่วยราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี เป็นระยะเวลา ๑ ปี ที่โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล (ระบุ) ตำบล อำเภอ..... จังหวัดลพบุรี
โดยปัจจุบันข้าพเจ้ามีอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นจากงบประมาณต่อเดือน ดังนี้

๑. อัตราเงินเดือน ณ วันที่	บาท
๒. ค่าตอบแทนอื่นจากงบประมาณต่อเดือน	
๒.๑ ค่าตอบแทนอื่น	
(โปรดระบุ.....)	บาท
(โปรดระบุ.....)	บาท
รวม	บาท

ข้าพเจ้าขอ...

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง

.....

กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ได้รับเอกสารและตรวจสอบเบื้องต้น
เป็นเอกสารที่แสดงความประสงค์และลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อวันที่

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง