



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี
เรื่อง รับถ่ายโอนสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐

ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ลงวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๔ ประกอบกับ องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรีมีผลการประเมินความพร้อมอยู่ในระดับดีเลิศ ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี รับถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตจังหวัดลพบุรี จำนวน ๔ แห่ง นั้น

เพื่อให้การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และตอบสนองต่อความต้องการทางด้านสุขภาพ ของประชาชนในเขตจังหวัดลพบุรีอย่างแท้จริง องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรีจึงมีความประสงค์ ที่จะรับถ่ายโอนสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐ โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑. กรณีเป็นสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสงค์ถ่ายโอนมาจะต้องมี บุคลากรประสงค์ถ่ายโอนมาครบทุกคน หรือมีส่วนที่สามารถปฏิบัติงานได้ทันทีโดยไม่กระทบกับการ บริการประชาชน (โดยจัดส่งเอกสารตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และ ๒)

๒. สำหรับข้าราชการ ที่ประสงค์ถ่ายโอนตามข้อ ๑ ต้องมีเอกสารประกอบคำร้องขอถ่ายโอน ดังนี้

๒.๑ แบบแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒)

๒.๒ สำเนาทะเบียนประวัติข้าราชการ (กพ. ๗) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๓. สำหรับพนักงานกระทรวง ลูกจ้างประเภทอื่น ที่ประสงค์ถ่ายโอนตามข้อ ๑ ต้องมีเอกสาร ประกอบคำร้องขอถ่ายโอน ดังนี้

๓.๑ แบบแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒)

๓.๒ สำเนาสัญญาจ้างจากกระทรวงสาธารณสุข พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๔. ทำหนังสือแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอน พร้อมยื่นแบบแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอน ด้วยตนเอง ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๘ ณ กองสาธารณสุข องค์การบริหาร ส่วนจังหวัดลพบุรี ในวันและเวลาราชการ

๕. องค์การบริหาร...

๕. องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี จะประกาศรายชื่อสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐ ที่จะรับถ่ายโอนมาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ในวันที่ ๓ กันยายน ๒๕๖๘ ณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี และทางเว็บไซต์องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี www.lopeao.go.th และจัดส่งรายชื่อดังกล่าวให้กับคณะกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาต่อไป

ทั้งนี้ บุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสงค์ถ่ายโอนมายังองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐ สามารถดูรายละเอียดได้ทางเว็บไซต์องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี www.lopeao.go.th หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ กองสาธารณสุขฝ่ายบริหารงานทั่วไป องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์ ๐ - ๓๖๔๑ - ๔๑๐๕ ในวันและเวลาราชการ

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



(นางอรพิน จิระพันธุ์วณิช)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี



สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

แบบสอบถามความประสงค์การถ่ายโอนภารกิจสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.)
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐

ส่วนที่ ๑

๑.๑ ชื่อสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(รพ.สต.).....ที่ตั้ง.....

ตำบลอำเภอ.....จังหวัดลพบุรี

หมายเลขโทรศัพท์สำนักงาน โทรศัพท์มือถือ

๑.๒ จำนวนประชากรในความรับผิดชอบของ สอน. หรือ รพ.สต. จำนวน..... คน

๑.๓ ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ แล้วหรือไม่

☐ ขึ้นทะเบียนแล้ว

☐ ยังไม่ขึ้นทะเบียน

ส่วนที่ ๒

☐ มีความประสงค์ถ่ายโอนภารกิจสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.)
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอนภารกิจสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.)
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี
เนื่องจาก

ส่วนที่ ๓

๓.๑ ข้อมูลบุคลากร (ทั้งหมด) ของสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

จำนวนบุคลากร							
ข้าราชการ (คน)	พนักงาน ราชการ (คน)	พนักงานกระทรวง สาธารณสุข (คน)	ลูกจ้างชั่วคราว รายเดือน (คน)	ลูกจ้างชั่วคราว รายสัปดาห์ (คน)	ลูกจ้างชั่วคราว รายวัน (คน)	พนักงาน จ้างเหมา บริการ	รวม

๓.๒ ข้อมูล...

๓.๒ ข้อมูลบุคลากร (ที่ประสงค์จะถ่ายโอน) ของสถานีนอนมัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หมายเหตุ
๑.			
๒.			
๓.			
๔.			
๕.			
๖.			
๗.			
๘.			
๙.			
๑๐.			
๑๑.			
๑๒.			
๑๓.			
๑๔.			
๑๕.			
๑๖.			
๑๗.			
๑๘.			
๑๙.			
๒๐.			

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

วันที่/...../.....

ส่วนที่ ๔ แบบสรุปลำดับ ประเภท และรายละเอียดเงินเดือนและค่าตอบแทนของบุคลากรสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ประสงค์ขอถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐

ชื่อ สอน./รพ.สต. ตำบลอำเภอ.....จังหวัดลพบุรี

[illegible]

หมายเหตุ : กรุณาตอบแบบสอบถามความประสงค์การถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนาภัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ส่งกลับคืนให้กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี



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 หลักเกณฑ์
และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๘ ตอนพิเศษ ๒๕๔ ง
๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ ข้อ ๕ ให้การถ่ายโอนบุคลากรของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นไปตามความสมัครใจ หากบุคลากรไม่สมัครใจโอนย้ายไปยังองค์การ
บริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดและส่วนราชการต้นสังกัดเดิม
ปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นกำหนด นั้น

๑. ข้าราชการและลูกจ้างประจำ

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง

อัตราตำแหน่ง (จ.๑๘) เลขที่..... ประเภทวุฒิ.....

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.สบาท

๒.๓ ณ.๑๑บาท

๒.๔ ค่าตอบแทนอื่น(ระบุ).....บาท

๓. กบข%

๔. ค่าเช่าบ้าน (ต่อเดือน)บาท

๕. ค่าเล่าเรียนบุตร (ต่อภาคการศึกษา)บาท

รวมบาท

๒. ลูกจ้าง (พกส.)/ลูกจ้างประเภทอื่น

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง

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

สาขา..... สำเร็จการศึกษาจาก

ได้รับใบประกอบวิชาชีพสาขา

ปัจจุบันปฏิบัติราชการเป็นการประจำที่..... ตำบล

อำเภอ จังหวัด..... โทรศัพท์มือถือ

ในครั้งนี้อาพเจ้าขอแสดงเจตนา ดังนี้

☐ ขอสมัครใจถ่ายโอน เพื่อปฏิบัติราชการที่.....

ตำบล อำเภอ จังหวัดลพบุรี

☐ ขอช่วยราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี เป็นระยะเวลา ๑ ปี ที่โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล (ระบุ) ตำบล อำเภอ..... จังหวัดลพบุรี

โดยปัจจุบันข้าพเจ้ามีอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นจากงบประมาณต่อเดือน ดังนี้

๑. อัตราเงินเดือน ณ วันที่บาท

๒. ค่าตอบแทนอื่นจากงบประมาณต่อเดือน

๒.๑ ค่าตอบแทนอื่น

(โปรดระบุ.....)บาท

(โปรดระบุ.....)บาท

รวมบาท

ข้าพเจ้าขอ...

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

.....

กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ได้รับเอกสารและตรวจสอบเบื้องต้น
เป็นเอกสารที่แสดงความประสงค์และลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อวันที่

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง