



ที่ สธ ๐๖๐๑.๐๒/ว ๕๑๘

ถึง กระทรวง และกรมต่างๆ

ด้วยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีความประสงค์จะรับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ ตำแหน่ง  
นักจัดการงานทั่วไป ระดับปฏิบัติการหรือชำนาญการ เพื่อปฏิบัติราชการที่สำนักยาและวัตถุเสพติด  
จำนวน ๑ อัตรา โดยมีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง รายละเอียดปรากฏ  
ตามเอกสารแนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดเผยแพร่ข่าวการรับโอนข้าราชการครั้งนี้ ให้ข้าราชการ  
ในสังกัดทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณ



เรียน ผอ. กอ.  
เพื่อโปรดทราบและพิจารณา  
ให้ขออนุญาตรับโอนข้าราชการ  
ในสังกัดกรมฯ ตามที่ขอ

 ๑๓ มี.ค. ๒๕๖๖

(นางดาวพระศุภร์ วรรณพงษ์)  
หัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไป กองการเจ้าหน้าที่  
กรมส่งเสริมการเกษตร

ดาเนิพนทพว

ว่าที่ ร.ต.  
\* (อาณัติ หุ่นหลา)  
ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่  
กรมส่งเสริมการเกษตร

13 มี.ค. 2566





ประกาศกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์  
เรื่อง รับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ

ด้วยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีความประสงค์จะรับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ มาดำรงตำแหน่ง  
นักจัดการงานทั่วไป ระดับปฏิบัติการหรือชำนาญการ ในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. ตำแหน่งที่จะรับโอน

ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป ระดับปฏิบัติการหรือชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๘๘๘  
ฝ่ายบริหารทั่วไป สำนักยาและวัตถุเสพติด จำนวน ๑ อัตรา

๒. คุณสมบัติที่ต้องการ

มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งตามที่ ก.พ. กำหนด และมีประสบการณ์  
ในงานที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งดังกล่าวข้างต้น

๓. การยื่นเอกสารแสดงความจำนงขอโอน

ให้ส่งใบขอโอนได้ตั้งแต่วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ โดยสามารถยื่นด้วยตนเอง  
ในวันเวลาราชการ หรือยื่นทางไปรษณีย์ ดังนี้

๓.๑ ยื่นใบขอโอนด้วยตนเองที่ฝ่ายบริหารทั่วไป สำนักยาและวัตถุเสพติด อาคาร ๒  
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

๓.๒ ยื่นใบขอโอนทางไปรษณีย์ โดยเจ้าหน้าที่ของถึง ฝ่ายบริหารทั่วไป สำนักยาและวัตถุเสพติด  
อาคาร ๒ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เลขที่ ๘๘/๗ หมู่ที่ ๔ ซอยบาราคนราตุร ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ  
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ วงเล็บมุมซอง "ส่งใบขอโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ" โดยให้ถือวันที่  
ประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ

ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดและดาวน์โหลดเอกสารเพิ่มเติมที่เว็บไซต์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์  
<http://www.dmsc.moph.go.th> คลิกที่หัวข้อ ข่าวประกาศของหน่วยงาน สามารถสอบถามรายละเอียด  
เพิ่มเติมที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๑ ๐๐๐๐ ต่อ ๘๘๑๑๗ หรือ ๐๘ ๗๐๒๔ ๕๖๒๖

๔. เอกสารและหลักฐานที่ต้องยื่น

ให้ส่งใบขอโอนมารับราชการในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์พร้อมหลักฐาน  
ประกอบการโอน อย่างละ ๑ ฉบับ (สำเนาหลักฐานการโอนทุกฉบับให้เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง พร้อมลงชื่อ  
และวันเดือนปีกำกับของสำเนาเอกสารนั้น) ได้แก่

๔.๑ ใบขอโอน โดยให้ผู้บังคับบัญชาเซ็นรับรองการโอน

๔.๒ รูปถ่ายหน้าตรงขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป

๔.๓ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน

๔.๔ สำเนา ก.พ. ๗

๔.๕ สำเนาปริญญาบัตรและสำเนาวุฒิการศึกษา

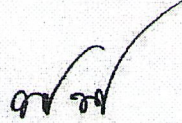
๔.๖ สำเนาหลักฐานอื่น ๆ เช่นใบเปลี่ยนชื่อตัวหรือชื่อนามสกุล (ถ้ามี)



๕. วิธีการคัดเลือก

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยสำนักยาและวัตถุเสพติด จะคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ที่เหมาะสมอันเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน โดยพิจารณาจากใบขอโอน ประวัติการศึกษา ประวัติการทำงาน และอาจมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติม (หากมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจะแจ้ง วัน เวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ให้ทราบภายหลัง)

ประกาศ ณ วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายพีเชฐ บัญญัติ)  
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน  
อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์



ใบขอโอน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรื่อง ขอนอนมารับราชการ

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยการแพทย์

1. ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี  
วุฒิ.....สำเร็จจาก.....และได้รับใบอนุญาต  
ประกอบโรคศิลปะ/ใบประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมและได้รับวุฒิบัตรแพทย์ทาง.....  
.....ตามที่ได้แนบมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว จำนวน 2 ชุด

2. ข้าพเจ้าเริ่มรับราชการ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....  
รวมเป็นเวลาราชการ.....ปี.....เดือน ขณะนี้รับราชการเป็นข้าราชการ.....  
ตำแหน่ง.....ระดับ.....ฝ่าย/แผนก.....  
กอง.....กรม.....กระทรวง.....  
จังหวัด.....รับเงินเดือนขั้น.....บาท มีถือ.....

3. ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอนอนมารับราชการสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์  
ในตำแหน่ง.....ระดับ.....(ส่วนราชการ)  
.....

4. ข้าพเจ้ามีเหตุผลในการขอโอนครั้งนี้ คือ.....  
.....  
และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว จำนวน.....ฉบับ

5. การโอนครั้งนี้ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย/ใน  ที่ต้องการ)
- |                           |                       |        |                       |           |
|---------------------------|-----------------------|--------|-----------------------|-----------|
| 5.1 เงินค่าขนย้ายครอบครัว | <input type="radio"/> | ขอเบิก | <input type="radio"/> | ไม่ขอเบิก |
| 5.2 เงินค่าพาหนะเดินทาง   | <input type="radio"/> | ขอเบิก | <input type="radio"/> | ไม่ขอเบิก |
| 5.3 เงินค่าเบี้ยเลี้ยง    | <input type="radio"/> | ขอเบิก | <input type="radio"/> | ไม่ขอเบิก |
| 5.4 เงินค่าเช่าบ้าน       | <input type="radio"/> | ขอเบิก | <input type="radio"/> | ไม่ขอเบิก |



คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ระดับ.....(ส่วนราชการ)

เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า.....

เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม และเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ ในหน้าที่  
การงานดี มีความสนใจ และอดทนสาหะในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้รับรอง

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

หมายเหตุ

1. กรณีขอโอนติดตามสามี ให้แนบสำเนาคำสั่งย้ายของสามี
2. กรณีขอโอนกลับภูมิลำเนาเดิม ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม
3. กรณีขอโอนเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และใบรับรองแพทย์ ในกรณีที่บิดาหรือมารดามีโรคประจำตัว