



ที่ สธ ๐๖๐๑.๐๒/ว ๘๕๙

ถึง กระทรวง และกรมต่างๆ

ด้วยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีความประสงค์จะรับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ ตำแหน่ง นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ ระดับปฏิบัติการหรือชำนาญการ เพื่อปฏิบัติราชการที่สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ จำนวน ๑ อัตรา โดยมีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง รายละเอียดปรากฏ ตามเอกสารแนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดเผยแพร่ข่าวการรับโอนข้าราชการครั้งนี้ ให้ข้าราชการ ในสังกัดทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณ



เรียน ๑๐.ทอ.

เพื่อโปรดทราบ และพิจารณา
เห็นสมควร/ทราบแล้วหรือไม่
ใน สธ ๐๖๐๑.๐๒/ว ๘๕๙

๑๕.๑๒.๖๖

(นางดาวพระศุภร์ วรรณพงษ์)
หัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไป กองการเจ้าหน้าที่
กรมส่งเสริมการเกษตร

ว่าที่ ร.ต.

(อานัติ พุ่มหลา)
ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่
กรมส่งเสริมการเกษตร
16 พ.ค. 2566

สำนักงานเลขานุการกรม

โทร. ๐ ๒๕๕๓ ๕๒๓๒

โทรสาร ๐ ๒๕๕๓ ๕๒๓๒



ประกาศกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
เรื่อง รับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ

ด้วยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีความประสงค์จะรับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ มาดำรงตำแหน่ง นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ ระดับปฏิบัติการหรือชำนาญการ ในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยมี รายละเอียด ดังนี้

๑. ตำแหน่งที่จะรับโอน

ตำแหน่งนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ ระดับปฏิบัติการหรือชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๔๐๔ กลุ่มรับรองห้องปฏิบัติการ ๑ สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ จำนวน ๑ อัตรา

๒. คุณสมบัติที่ต้องการ

มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งตามที่ ก.พ. กำหนด และมีประสบการณ์ ในงานที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งดังกล่าวข้างต้น

๓. การยื่นเอกสารแสดงความจำนงขอโอน

ให้ส่งใบขอโอนได้ตั้งแต่วันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖ โดยสามารถยื่นด้วย ตนเองในวันเวลาราชการ หรือยื่นทางไปรษณีย์ ดังนี้

๓.๑ ยื่นใบขอโอนด้วยตนเองที่ฝ่ายบริหารทั่วไป สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ อาคาร ๑๐๐ ปี การสาธารณสุขไทย (อาคาร ๑๔) ชั้น ๕ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

๓.๒ ยื่นใบขอโอนทางไปรษณีย์ โดยเจ้าหน้าที่ของถึง ฝ่ายบริหารทั่วไป สำนักมาตรฐาน ห้องปฏิบัติการ อาคาร ๑๐๐ ปี การสาธารณสุขไทย (อาคาร ๑๔) ชั้น ๕ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เลขที่ ๘๘/๗ หมู่ที่ ๔ ซอยบาราคนราตุร ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ วงเล็บมุมของ "ส่งใบขอโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ" โดยให้ถือวันที่ประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ

ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดและดาวน์โหลดเอกสารเพิ่มเติมที่เว็บไซต์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ <http://www.dmsc.moph.go.th> คลิกที่หัวข้อ ข่าวประกาศของหน่วยงาน สามารถสอบถามรายละเอียด เพิ่มเติมที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๑ ๐๐๐๐ ต่อ ๙๙๙๓๖ หรือ ๐๖ ๓๑๙๔ ๖๔๑๔ หรือ ๐๘ ๒๘๕๕ ๙๑๙๙

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 โดยสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ จะคัดเลือกจากผู้ที่มีคุณสมบัติ ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ที่เหมาะสมอันเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน โดยพิจารณาจากใบขอโอน ประวัติการศึกษา ประวัติการทำงาน และอาจมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติม (หากมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจะแจ้งวัน เวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ให้ทราบภายหลัง)

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

๑/

(นายปิยะ ศิริลักษณ์)
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ใบขอโอน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอโอนมารับราชการ

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยการแพทย์

1. ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
วุฒิ.....สำเร็จจาก.....และได้รับใบอนุญาต
ประกอบโรคศิลปะ/ใบประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมและได้รับวุฒิบัตรแพทย์ทาง.....
.....ตามที่ได้นำมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว 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. ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอโอนมารับราชการสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
ในตำแหน่ง.....ระดับ.....(ส่วนราชการ)
.....

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

5. การโอนครั้งนี้ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย/ใน ☐ ที่ต้องการ)
- | | | |
|---------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 5.1 เงินค่าขนย้ายครอบครัว | ☐ ขอเบิก | ☐ ไม่ขอเบิก |
| 5.2 เงินค่าพาหนะเดินทาง | ☐ ขอเบิก | ☐ ไม่ขอเบิก |
| 5.3 เงินค่าเบี้ยเลี้ยง | ☐ ขอเบิก | ☐ ไม่ขอเบิก |
| 5.4 เงินค่าเช่าบ้าน | ☐ ขอเบิก | ☐ ไม่ขอเบิก |

6. หากตำแหน่งที่ใช้รับโอนข้าพเจ้าเป็นตำแหน่งที่มีอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ข้าพเจ้าได้รับ
อยู่ในปัจจุบัน ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับเงินเดือนขั้นที่มีอยู่ของตำแหน่งที่จะรับโอนไปก่อนจนกว่ากรมบัญชีกลาง
จะสั่งพอกอัตราให้

7. กรณีที่ ก.พ. อนุมัติให้รับโอนในระดับ และอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ได้รับอยู่เดิม ข้าพเจ้า
(ให้ขีดเครื่องหมาย/ใน ☐ ที่ต้องการ)
☐ ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ ☐ ไม่ประสงค์ที่จะ โอนมารับราชการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ระดับ.....(ส่วนราชการ)

เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า.....

เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม และเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ ในหน้าที่
การงานดี มีความสนใจ และอุทิศสาหะในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้รับรอง

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

หมายเหตุ

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