**แบบแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568**

 เขียนที่ .

 .

วันที่ เดือน พ.ศ. 2566

**เรื่อง** ขอแจ้งความประสงค์และยืนยันการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์

**เรียน** นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์

 ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (กกถ.) พ.ศ.2564 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 168 ตอนพิเศษ 254 เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2564 ข้อ 5 ให้การถ่ายโอนบุคลากรของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สอน. / รพ.สต.) เป็นไปด้วยความสมัครใจ นั้น

ข้าพเจ้า สกุล อายุ ปี
วุฒิการศึกษา ตำแหน่ง ระดับ ประเภท ข้าราชการ บรรจุรับราชการครั้งแรก วันที่ เดือน พ.ศ. เลขตำแหน่งตาม **จ.18** ประจำหน่วยงาน (รพ.สต./สสอ./สสจ./รพ./รพช. **ตาม ก.พ.7**) .อำเภอ จังหวัด **ปัจจุบัน**ปฏิบัติราชการที่(รพ.สต./สสอ./สสจ./รพ./รพช.) .ตำบล อำเภอ จังหวัด ข้อมูลติดต่อ เบอร์มือถือ E-mail : .

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์และยืนยันการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อปฏิบัติราชการที่ รพ.สต. ตำบล อำเภอ .จ.กาฬสินธุ์ (หรือตามที่ อบจ.กาฬสินธุ์กำหนดให้) โดยปัจจุบันข้าพเจ้ามีอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นจากเงินงบประมาณต่อเดือน ดังนี้

|  |  |
| --- | --- |
| **1**. **อัตราเงินเดือน** ณ วันที่ 1 เมษายน 2566 บาท**2**. **ค่าตอบแทนต่อเดือน** 2.1) เงินประจำตำแหน่ง บาท 2.2) เงินเพิ่มตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษฯ (พ.ต.ส.) บาท 2.3) เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย (ฉ.11) บาท 2.4) ค่าตอบแทนปฏิบัติงานด้านการส่งเสริม สุขภาพและเวชปฏิบัติครอบครัว บาท2.5) ค่าตอบแทนอื่น(ระบุ ) บาท | **3**. **ค่าเช่าบ้าน** (เดือนละ) บาท**4**. **เงินสมทบ กบข.** **3%** บาท**5**. **ค่าเล่าเรียนบุตร** (ปีละ) บาท**6**. **เงินอื่นๆ** (ระบุ) |

**รวมทั้งสิ้น** บาท ( )

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและข้อมูลข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ .

 ( )

 ตำแหน่ง .

วันที่กองสาธารณสุข รับใบสมัคร......................... (ส่งภายในวันศุกร์ที่ 20 ตุลาคม 2566)

**- 2 –**

**ข้อมูลเพิ่มเติม ประกอบการสมัครถ่ายโอนมา อบจ.กาฬสินธุ์**

**ถ่ายโอนปีงบประมาณ 2568 (ถ่ายโอนวันที่ 2 ต.ค. 2567)**

**หลักฐาน** ที่ข้าพเจ้าแนบมาด้วย มีดังนี้

 1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

 2) สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ

 3) สำเนาทะเบียนบ้าน

 4) คำสั่งให้ช่วยราชการใน สอน. /รพ.สต. หรือ 5 หน่วยงาน (สสอ./สสจ./รพ.ศ/รพท./รพช.)

 5) ก.พ.7

 6) หนังสืออนุมัติให้ถ่ายโอนจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น (กรณีมีสิทธิถ่ายโอนตามข้อ 5)

 7) อื่นๆ (ระบุ) .

 .

**ข้าพเจ้าเป็นผู้มี “สิทธิถ่ายโอน”** ตามเงื่อนไขการถ่ายโอน สอน./รพ.สต. ที่ กกถ.ประกาศ และตามมติคณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้ **(เลือก 1 ข้อ)**

1. จ.18 อยู่ รพ.สต. และ ปัจจุบันปฏิบัติราชการอยู่ รพสต.
2. จ.18 อยู่ รพ.สต. แต่ ปัจจุบันปฏิบัติราชการอยู่ 5 หน่วยงาน (สสอ./สสจ./รพ.ศ/รพท./รพช.)
3. จ.18 อยู่ 5 หน่วยงาน แต่ ปัจจุบันปฏิบัติราชการอยู่ รพสต.
4. จ.18 อยู่ 5 หน่วยงาน และ ปัจจุบันปฏิบัติราชการอยู่ 5 หน่วยงาน **แต่เคยเป็น**ข้าราชการ
 ที่ปฏิบัติงานอยู่ รพ.สต. **ไม่น้อยกว่า 1 ปี**
5. กรณีไม่เข้าเงื่อนไขข้อ 1 – 4 ข้าพเจ้า**ได้รับอนุมัติให้ถ่ายโอน** จากผู้บังคับบัญชาชั้นต้นแล้ว

**ผู้รับผิดชอบ** ฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์

**ผู้ประสานงาน** นายคมพัชญ์ นนท์รดีราษฎร์(มือถือ) 064-4736246

 **การส่งเอกสารสมัคร**
**ส่งเอกสารตัวจริง** ที่ กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์

 **หรือ** ส่งเอกสารทางไปรษณีย์

ฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข (ใบสมัครถ่ายโอน)

กองสาธารณสุข

องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์

ถ.บายพาสเลี่ยงเมืองทุ่งมน ต.กาฬสินธุ์ อ.เมือง จ.กาฬสินธุ์ 46000

โทร (043)816061