

ศูนย์ข้อมูลบุคคล
๒๘๕
เลขรับ.....
วันที่ ๒๐ / ๙ / ๖๖
เวลา ๑๑.๑๕



กรมราชทัณฑ์
เลขที่รับ 4947
วันที่ 19 ม.ค. 25๖๕
เวลา

ที่ สร ๐๖๐๑.๐๒/๖ ๑๑๑

ถึง กระทรวง และกรมต่างๆ

ด้วยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีความประสงค์จะรับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ ตำแหน่ง
เจ้าพนักงานธุรการ ระดับปฏิบัติงานหรือชำนาญงาน เพื่อปฏิบัติราชการที่สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์
จำนวน ๑ อัตรา โดยมีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง รายละเอียดปรากฏ
ตามเอกสารแนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดเผยแพร่ข่าวการรับโอนข้าราชการครั้งนี้ ให้ข้าราชการ
ในสังกัดทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณ



กองบริหารวิทยาการบุคคล กรมราชทัณฑ์
เลขรับ ๘๗๕
เวลา ๑๑:๒๐ น.
☐ ฝ่ายบริหาร ☐ กลุ่มงานเงินเดือนฯ
☐ กลุ่มงานบรรจุฯ ☐ กลุ่มงานสรรหาฯ
☐ กลุ่มงานสวัสดิการฯ ☒ ศูนย์ข้อมูลฯ
☐ กลุ่มงานอัตราฯ ☐ กลุ่มงานวินัยฯ
ก.ค.ค.
สอ.บค.
19 ม.ค. 25๖๕

สำนักงานเลขาธิการกรม

โทร. ๐ ๒๕๔๑ ๕๒๓๒

โทรสาร ๐ ๒๕๔๑ ๕๒๓๒

ส่งคุณ อ.อ.ง.น.
ดำเนินการ ๒๐ ม.ค. ๖๕



ประกาศกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
เรื่อง รับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ

ด้วยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีความประสงค์จะรับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ มาดำรงตำแหน่ง
เจ้าพนักงานธุรการ ระดับปฏิบัติงานหรือชำนาญงาน ในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. ตำแหน่งที่จะรับโอน

ตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ ระดับปฏิบัติงานหรือชำนาญงาน ตำแหน่งเลขที่
๕๔๘ ฝ่ายบริหารทั่วไป สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข (ปฏิบัติราชการที่สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์)
จำนวน ๑ อัตรา

๒. คุณสมบัติที่ต้องการ

มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งตามที่ ก.พ. กำหนด และมีประสบการณ์
ในงานที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งดังกล่าวข้างต้น

๓. การยื่นเอกสารแสดงความจำนงขอโอน

ให้ส่งใบขอโอนได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนถึงวันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ โดยสามารถยื่นด้วย
ตนเองในวันเวลาราชการ หรือยื่นทางไปรษณีย์ ดังนี้

๓.๑ ยื่นใบขอโอนด้วยตนเองที่ฝ่ายบริหารทั่วไป สถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์
อาคาร ๒ ชั้น ๑ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

๓.๒ ยื่นใบขอโอนทางไปรษณีย์ โดยเจ้าหน้าที่ของถึง ฝ่ายบริหารทั่วไป สถาบันชีววิทยาศาสตร์
ทางการแพทย์ อาคาร ๒ ชั้น ๑ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เลขที่ ๘๘/๗ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัด
นนทบุรี ๑๑๐๐๐ วงเล็บมุมซอง "ใบขอโอน" โดยให้ถึงวันที่ประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ

ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดและดาวน์โหลดเอกสารเพิ่มเติมที่เว็บไซต์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
<http://www.dmsc.moph.go.th> คลิกที่หัวข้อ ข่าวประกาศของหน่วยงาน สามารถสอบถามรายละเอียด
เพิ่มเติมที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๑ ๐๐๐๐ ต่อ ๕๘๓๕๕-๖ หรือ ๐๘ ๒๒๒๑ ๒๑๒๒

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

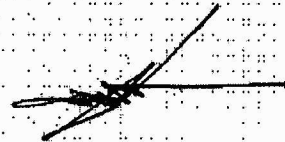
๔.๖ สำเนาหลักฐานอื่น ๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อตัวหรือชื่อนามสกุล (ถ้ามี)

๕. วิธีการคัดเลือก

๕. วิธีการคัดเลือก

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยสถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์จะคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ที่เหมาะสมอันเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน โดยพิจารณาจากใบขอโอน ประวัติการศึกษา ประวัติการทำงาน และอาจมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติม (หากมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจะแจ้งวัน เวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ให้ทราบภายหลัง)

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายปลั่ง กุบพงษ์)
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ใบขอโอน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอโอนมารับราชการ

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. ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอโอนมารับราชการสังกัดกรมการแพทย์
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. หากตำแหน่งที่รับ โอนข้าพเจ้าเป็นตำแหน่งที่มีอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ข้าพเจ้าได้รับ
อยู่ในปัจจุบัน ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับเงินเดือนขึ้นที่มีอยู่ของตำแหน่งที่จะรับโอนไปก่อนจนกว่ากรมบัญชีกลาง
จะตั้งพอกอัตราให้

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

คำรับรองของคณบดีมหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ระดับ.....(ส่วนราชการ)

เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า.....

เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม และเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ ในหน้าที่
การงานดี มีความสนใจ และอุสาหะในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้รับรอง

.....

หมายเหตุ

1. กรณีขอโอนคดีตามสำมิ ให้แนบสำเนาคำสั่งย้ายของสำมิ
2. กรณีขอโอนกลับภูมิลำเนาเดิม ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม
3. กรณีขอโอนเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา
และใบรับรองแพทย์ ในกรณีที่บิดาหรือมารดาไม่มีโรคประจำตัว