



ที่ มส ๐๐๒๓.๒/ว ๓๐๐๑

ถึง อำเภอกทุกอำเภอ และเทศบาลเมืองแม่ฮ่องสอน

ด้วยองค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน ได้แจ้งประกาศรับถ่ายโอนบุคลากร
สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
มาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอนจึงให้อำเภอ
แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในสังกัดทราบ สำหรับเทศบาลเมืองแม่ฮ่องสอน
ขอความร่วมมือพิจารณาดำเนินการด้วยเช่นกัน รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมหนังสือฉบับนี้



สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดแม่ฮ่องสอน

กลุ่มงานมาตรฐานการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น

โทร. ๐ ๕๓๖๑ ๒๘๔๑ ต่อ ๒๒



ที่ มส ๕๑๐๐๗/๒๑๐๙

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
จังหวัดแม่ฮ่องสอน
เลขที่รับ 6132
วันเดือนปี ๑๗ ก.ย. ๒๕๖๕
เวลา 10.44

องค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน
ถนนขุนลุมประพาส มส ๕๘๐๐๐

๑๖ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง การขอรับถ่ายโอนบุคลากรสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

เรียน ท้องถิ่นจังหวัดแม่ฮ่องสอน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน เรื่อง รับถ่ายโอนบุคลากรสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๑ ชุด

ด้วยองค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน มีความประสงค์รับถ่ายโอนบุคลากรสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ และเพื่อให้การรับถ่ายโอนบุคลากรฯ เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่องหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ลงวันที่ ๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ และมติที่ประชุมคณะกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในการนี้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน จึงแจ้งประกาศรับถ่ายโอนบุคลากรสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เพิ่มเติม) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ สำหรับรายชื่อบุคลากรที่แจ้งความประสงค์สมัครใจถ่ายโอนมาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอนและเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง เมื่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอนได้พิจารณาถ้อยแถลงและตรวจสอบความถูกต้องเรียบร้อยแล้ว จึงได้จัดส่งให้กับสำนักงานท้องถิ่นจังหวัดแม่ฮ่องสอนทราบต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

ขอแสดงความนับถือ

(นายอัศเดช วันไชยธนวงศ์)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน

กองสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารงานสาธารณสุข

โทรศัพท์ ๐ ๕๓๖๑ ๑๓๘๕ ต่อ ๗๐๓



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน

เรื่อง รับถ่ายโอนบุคลากรสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๑

ตามที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอนได้รับถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ จำนวน ๖ แห่ง และรับถ่ายโอนบุคลากรมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน (เพิ่มเติม) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ และ พ.ศ. ๒๕๗๐ ไปแล้วนั้น

เพื่อให้การบริการประชาชนตามภารกิจการถ่ายโอนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๕/๕ แห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๔๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ประกอบมติที่ประชุมคณะกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุข ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในคราวประชุมครั้งที่ ๘/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ และข้อ ๕ ของประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ลงวันที่ ๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ องค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน จึงประกาศรับถ่ายโอนบุคลากรสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน ตามกรอบอัตรากำลังโครงสร้างของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและแผนอัตรากำลัง ๓ ปีองค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน (พ.ศ. ๒๕๗๑ - พ.ศ.๒๕๗๓) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๑ โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑. บุคลากรที่ประสงค์ถ่ายโอนมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน ต้องประสงค์ถ่ายโอนในตำแหน่งว่าง ตามกรอบอัตรากำลังโครงสร้างของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน แนบท้ายประกาศฉบับนี้

๒. ข้าราชการที่จะประสงค์จะถ่ายโอนบุคลากร ต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

๒.๑ ปฏิบัติงานอยู่ที่ รพ.สต. และเลขที่ตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ที่ รพ.สต.

๒.๒ ปฏิบัติงานอยู่ที่ สสอ. สสจ. รพช. รพท. และรพศ. แต่เลขที่ตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ที่ รพ.สต.

๒.๓ ปฏิบัติงานอยู่ที่ รพ.สต. แต่เลขที่ตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ที่ สสอ. สสจ. รพช. รพท. และ รพศ.

๒.๔ ปฏิบัติงานและเลขที่ตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ที่ สสอ. สสจ. รพช. รพท. และรพศ. และเคยปฏิบัติงานอยู่ที่ รพ.สต. มาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี ก่อนและภายหลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. และย้ายไปปฏิบัติงานอยู่ที่ สสอ. สสจ. รพช. รพท. และรพศ.

๒.๕ กรณีไม่เข้าเงื่อนไขตามข้อ ๒.๑ - ๒.๔ ต้องได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา

๓. ข่า ...

๓. ข้าราชการที่ประสงค์ถ่ายโอนบุคลากรตามข้อ ๒ ต้องมีเอกสารแนบประกอบ ดังนี้

๒.๑ แบบแจ้งความประสงค์ขอย้ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด

๒.๒ สำเนาทะเบียนประวัติข้าราชการ (กพ.๗) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๔. ยื่นหนังสือแจ้งความประสงค์ขอย้ายโอนบุคลากรพร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้องด้วยตนเอง ณ กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน ในวันและเวลาราชการ หรือทางไปรษณีย์ (EMS) ที่อยู่ กองสาธารณสุข (กลุ่มงานบริหารงานสาธารณสุข) องค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน ถนนขุนลุมประพาส ตำบลจองคำ อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน รหัสไปรษณีย์ ๕๘๐๐๐ ตั้งแต่วันที่ ๑๑ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

๕. องค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอนจะพิจารณารับถ่ายโอนบุคลากร โดยพิจารณาจาก ประวัติการรับราชการ ประวัติการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน ผลงานที่เกี่ยวข้อง และความเหมาะสมด้านอื่น ๆ

๖. องค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน จะประกาศรายชื่อข้าราชการที่จะรับถ่ายโอน ในปืงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๑ ในวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๙ ณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน และทาง เว็บไซต์ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน และจะดำเนินการจัดส่งรายชื่อบุคลากรที่ประสงค์ถ่ายโอน ให้กับคณะกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณา ต่อไป

ทั้งนี้ บุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสงค์ถ่ายโอนมายังองค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน ประจำปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๗๑ สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ กลุ่มงานบริหารงานสาธารณสุข กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน เบอร์โทรศัพท์ ๐-๕๓๖๑-๑๓๘๕ ต่อ ๗๐๓ ในวันและเวลาราชการ

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙



(นายอัศรเดช วันไชยธนวงศ์)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน

รายชื่อตำแหน่งว่าง ที่ประสงค์รับถ่ายโอนบุคลากรมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
สังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

ที่	หน่วยบริการ	อำเภอ	ประเภท	ตำแหน่ง	เลขที่ตำแหน่ง	หมายเหตุ
๑	รพ.สต.หมอกจำแป่ (M)	เมือง	วิชาการ	นักวิชาการสาธารณสุข ปก./ชก.	44-1-06-3601-006 (ถ)	
๒	รพ.สต.น้ำดิบ (M)	แม่สะเรียง	ทั่วไป	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ปง./ชง.	44-1-06-4608-003 (ถ)	
๓	รพ.สต.เมืองแปง (S)	ปาย	วิชาการ	นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ปก./ชก.	44-1-06-3601-019 (ถ)	
๔	รพ.สต.ต่อแพ (S)	ขุนยวม	วิชาการ	แพทย์แผนไทย ปก./ชก.	44-1-06-3605-005 (ถ)	
๕	รพ.สต.ต่อแพ (S)	ขุนยวม	ทั่วไป	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ปง./ชง.	44-1-06-4609-003 (ถ)	



**แบบแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน
สำหรับบุคลากรสถานีนามายเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑**

เขียนที่.....

วัน.....เดือน.....กันยายน.....พ.ศ. ๒๕๖๑

เรื่อง ขอแจ้งความประสงค์และยืนยันการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน

ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามายเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ลงวันที่ ๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ข้อ ๕ ให้การถ่ายโอนบุคลากรของสถานีนามายเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นไปตามความสมัครใจ นั้น

ข้าพเจ้า ชื่อ - สกุลอายุ.....ปี
ตำแหน่ง.....เลขประจำตำแหน่ง.....
สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด.....
เลขที่ตำแหน่ง จ.๑๘ อยู่ที่.....
ปฏิบัติงานอยู่ที่.....
วันที่บรรจุรับราชการ.....โทรศัพท์.....
เงินเดือนปัจจุบัน.....บาท/เดือน (เงินเดือน ณ.....)
ค่าตอบแทนอื่นนอกเหนือจากเงินเดือน ดังนี้

- ๑) เงินประจำตำแหน่ง..... บาท/เดือน
- ๒) ค่าตอบแทนเบี่ยงเลียงเหมาจ่าย (จ.๑๑) บาท/เดือน
- ๓) เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ (พตส.)..... บาท/เดือน
- ๔) ค่าเล่าเรียนบุตร
 - บุตรคนที่ ๑ บาท/ต่อปี ระดับการศึกษา.....
 - บุตรคนที่ ๒ บาท/ต่อปี ระดับการศึกษา.....
 - บุตรคนที่ ๓ บาท/ต่อปี ระดับการศึกษา.....
- ๕) ค่าตอบแทนอื่น (ระบุ.....) บาท/เดือน

มีความประสงค์ถ่ายโอนมาปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน ตำแหน่ง.....ระดับ.....
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ข้าพเจ้า ...

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิถ่ายโอน ตามเงื่อนไขการถ่ายโอน สอน./รพ.สต. ที่ ก.ก.ถ.ประกาศ และตามมติคณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้ (เลือกสิทธิโดยตรงกับท่านมากที่สุด ๑ ข้อ)

- () ข้อ ๑ ปฏิบัติงานอยู่ รพ.สต. และเลขที่ตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ รพ.สต.
- () ข้อ ๒ ปฏิบัติงานอยู่ ๕ หน่วยงาน (สสอ./สสจ./รพช./รพท./รพศ.) แต่เลขที่ตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ รพ.สต.
- () ข้อ ๓ ปฏิบัติงานอยู่ รพ.สต. แต่เลขที่ตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ ๕ หน่วยงาน (สสอ./สสจ./รพช./รพท./รพศ.)
- () ข้อ ๔ ปฏิบัติงานและเลขที่ตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ ๕ หน่วยงาน (สสอ./สสจ./รพช./รพท./รพศ.) แต่เคยปฏิบัติงานอยู่ รพ.สต. มาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี
- () ข้อ ๕ กรณีไม่เข้าเงื่อนไขตามข้อ ๑ - ๔ ข้าพเจ้าได้รับอนุมัติให้ถ่ายโอนจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้นแล้ว

พร้อมนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการถ่ายโอนมาด้วย ดังนี้

- () ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
- () ๒. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ จำนวน ๑ ฉบับ
- () ๓. สำเนาทะเบียนประวัติ ก.พ.๗ จำนวน ๑ ชุด
- () ๔. สำเนาวุฒิการศึกษา และใบแสดงผลการเรียน อย่างละ ๑ ฉบับ
- () ๕. สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ หรือใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลป์ ตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น (ถ้ามี) จำนวน.....ฉบับ
- () ๖. สำเนาวุฒิบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง จำนวน.....ฉบับ
- () ๗. สำเนาคำสั่งให้ช่วยราชการใน สอน./รพ.สต. หรือ ๕ หน่วยงาน (ถ้ามี)
- () ๘. หนังสืออนุมัติให้ถ่ายโอนจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น (กรณีมีสิทธิถ่ายโอนตามข้อ ๕)
- () ๙. เอกสารอื่นๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....