



กลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล	พณ.
รับ - ส่งที่..... 255	1522
วันเดือนปี..... 7. ก.พ. 2566	- 6 ก.พ. 2566
เวลา..... 14 : 47 ..... น.	15.39
	พ.บ.ค. 1916

ที่ สธ ๐๖๐๑.๐๒/ว ๒๕๖

ถึง กระทรวง และกรมต่างๆ

ด้วยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีความประสงค์จะรับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี ระดับปฏิบัติงานหรือชำนาญงาน เพื่อปฏิบัติราชการที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ ๑/๑ เชียงราย จำนวน ๑ อัตรา โดยมีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง รายละเอียดปรากฏตามเอกสารแนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดเผยแพร่ข่าวการรับโอนข้าราชการครั้งนี้ ให้ข้าราชการ ในสังกัดทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณ



มอบหมาย นางสาวสิริภา .....ดำเนินการ  
นางสาวสิริภา  
 (นายณัฐกฤต โคมจันทร์)  
 ผู้อำนวยการกลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล  
 7 ก.พ. 2566

สำนักงานเลขานุการกรม  
 โทร. ๐ ๒๕๕๑ ๕๒๓๒  
 โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๕๒๓๒

มอบหมายกลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล ดำเนินการ

นางสาวสิริภา  
 (นางสาวสิริภาภรณ์ ศิไพบุณณาภรณ์)  
 เลขานุการกรม  
 6 ก.พ. 2566



ประกาศกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์  
เรื่อง รับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ

ด้วยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีความประสงค์จะรับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ มาดำรงตำแหน่ง  
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี ระดับปฏิบัติงานหรือชำนาญงาน ในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยมี  
รายละเอียด ดังนี้

๑. ตำแหน่งที่จะรับโอน

ตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินและบัญชี ระดับปฏิบัติงานหรือชำนาญงาน ตำแหน่งเลขที่  
๒๕๒ ฝ่ายบริหารทั่วไป ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑ เชียงใหม่ (ปฏิบัติราชการที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์  
ที่ ๑/๑ เชียงราย) จำนวน ๑ อัตรา

๒. คุณสมบัติที่ต้องการ

มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งตามที่ ก.พ. กำหนด และมีประสบการณ์  
ในงานที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งดังกล่าวข้างต้น

๓. การยื่นเอกสารแสดงความจำนงขอโอน

ให้ส่งใบขอโอนได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนถึงวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ โดยสามารถยื่นด้วย  
ตนเองในวันเวลาราชการ หรือยื่นทางไปรษณีย์ ดังนี้

๓.๑ ยื่นใบขอโอนด้วยตนเองที่ฝ่ายบริหารทั่วไป ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑/๑ เชียงราย  
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

๓.๒ ยื่นใบขอโอนทางไปรษณีย์ โดยเจ้าหน้าที่ของถึง ฝ่ายบริหารทั่วไป ศูนย์วิทยาศาสตร์  
การแพทย์ที่ ๑/๑ เชียงราย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เลขที่ ๔๘ หมู่ที่ ๓ ตำบลนางแล อำเภอเมืองเชียงราย  
จังหวัดเชียงราย ๕๗๑๐๐ วงเล็บมุมซอง "ใบขอโอน" โดยให้ถือวันที่ประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ

ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดและดาวน์โหลดเอกสารเพิ่มเติมที่เว็บไซต์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์  
<http://www.dmsc.moph.go.th> คลิกที่หัวข้อ ข่าวประกาศของหน่วยงาน สามารถสอบถามรายละเอียด  
เพิ่มเติมที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๕๓๑๗ ๖๒๒๔-๖ ต่อ ๑๑๑ หรือ ๐๘ ๐๑๘๘ ๕๖๘๖

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

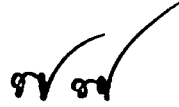
๔.๖ สำเนาหลักฐานอื่น ๆ เช่นใบเปลี่ยนชื่อตัวหรือชื่อนามสกุล (ถ้ามี)

๕. วิธีการคัดเลือก...

**๕. วิธีการคัดเลือก**

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑/๑ เชียงราย จะคัดเลือกจากผู้ที่มีคุณสมบัติ ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ที่เหมาะสมอันเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน โดยพิจารณาจากใบขอโอน ประวัติการศึกษา ประวัติการทำงาน และอาจมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติม (หากมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจะแจ้งวัน เวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ให้ทราบภายหลัง)

ประกาศ ณ วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายทีเชฐ บัญญัติ)  
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน  
อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

## ใบขอโอน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรื่อง ขอนโอนมารับราชการ

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 | <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 |

6. ...

6. หากตำแหน่งที่ใช้รับโอนข้าพเจ้าเป็นตำแหน่งที่มีอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่ในปัจจุบัน ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับเงินเดือนขั้นที่มีอยู่ของตำแหน่งที่จะรับ โอนไปก่อนจนกว่ากรมบัญชีกลางจะส่งพอกอัตราให้

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

**คำรับรองของผู้บังคับบัญชา**

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....  
ระดับ.....(ส่วนราชการ)  
เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า.....  
เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม และเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ ในหน้าที่  
การงานดี มีความสนใจ และอุทิศสาหะในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

(ลงชื่อ).....  
(.....)  
ผู้รับรอง  
...../...../.....

**หมายเหตุ**

1. กรณีขอโอนคดีตามสามี ให้แนบสำเนาคำตั้งย้ายของสามี
2. กรณีขอโอนกลับภูมิลำเนาเดิม ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม
3. กรณีขอโอนเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และใบรับรองแพทย์ ในกรณีที่บิดาหรือมารดามีโรคประจำตัว