



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี
เรื่อง รับถ่ายโอนบุคลากรสังกัดสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ลงวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๔ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี รับถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดลพบุรี จำนวน ๔ แห่ง นั้น

เพื่อให้การบริการประชาชนตามภารกิจการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๔ แห่ง ดังกล่าว สามารถให้บริการประชาชนได้อย่างเต็มศักยภาพและต่อเนื่อง อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๕/๕ แห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๐ และหนังสือสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร ๐๑๐๗/๗๒๘๕ ลงวันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๖ องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี จึงมีความประสงค์ที่จะรับถ่ายโอนบุคลากร เพื่อมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามกรอบอัตรากำลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑. บุคลากรที่ประสงค์จะถ่ายโอนมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ต้องประสงค์ถ่ายโอนในตำแหน่งที่ว่าง ตามกรอบอัตรากำลังโครงสร้างของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ทั้งหมดจำนวน ๔ แห่ง โดยสามารถตรวจสอบรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคุณสมบัติของผู้มีความประสงค์ถ่ายโอนฯ ได้ตามเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒

๒. ข้าราชการ ที่ประสงค์ถ่ายโอนตามข้อ ๑. ต้องมีเอกสารแนบประกอบ ดังนี้

๒.๑ แบบแจ้งความประสงค์ขอย้ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด

๒.๒ สำเนาทะเบียนประวัติข้าราชการ (ก.พ.๗) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๓. ทำหนังสือแจ้งความประสงค์ขอย้ายโอน พร้อมยื่นแบบแจ้งความประสงค์ขอย้ายโอนด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ ๑๘ กันยายน - ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๗ ณ กองการเจ้าหน้าที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ในวันและเวลาราชการ

๔. องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี จะพิจารณารับถ่ายโอนบุคลากร ตามลำดับการยื่นแบบแจ้งความประสงค์ฯ ให้ผู้ที่แจ้งความประสงค์ก่อนเป็นผู้ได้รับการพิจารณา ก่อน โดยพิจารณาจากวันและเวลาตามหลักฐานในแบบแจ้งความประสงค์ฯ

๕. องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี จะประกาศรายชื่อข้าราชการที่จะรับโอนถ่ายโอนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ โดยปิดประกาศไว้ที่ป้ายประชาสัมพันธ์หน้าทำการองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี และทางเว็บไซต์องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี www.loppao.go.th โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี จะดำเนินการจัดส่งรายชื่อบุคลากรที่ประสงค์ถ่ายโอนให้กับคณะกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณา และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ทั้งนี้ บุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผู้ใด ประสงค์จะถ่ายโอนมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี สามารถดูรายละเอียดได้ทางเว็บไซต์องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี www.loppao.go.th หรือสอบถามรายละเอียดได้ที่ฝ่ายการเจ้าหน้าที่ กองการเจ้าหน้าที่ โทรศัพท์ ๐ ๓๖๔๑ ๑๔๐๔ ต่อ ๘ ในวันและเวลาราชการ

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗



(นางอรพิน จิระพันธุ์วานิช)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

รายละเอียดแนบท้ายประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี
เรื่อง รับถ่ายโอนบุคลากรสังกัดสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙
ลงวันที่ ๓ กันยายน ๒๕๖๗

.....
คุณสมบัติบุคลากรที่ประสงค์ถ่ายโอนมาสังกัดสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

๑. บุคลากรปฏิบัติงานอยู่ที่ รพ.สต. และเลขตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ รพ.สต.
๒. บุคลากรปฏิบัติงานอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) แต่เลขตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ที่ รพ.สต.
๓. บุคลากรปฏิบัติงานอยู่ที่ รพ.สต. แต่เลขตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ที่ สสอ. สสจ. รพช. รพท. และ รพศ.
๔. บุคลากรปฏิบัติงานและเลขตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ที่ สสอ. สสจ. รพช. รพท. และ รพศ. และเคยปฏิบัติงานอยู่ที่ รพ.สต. ไม่น้อยกว่า ๑ ปี
๕. กรณีไม่เข้าเงื่อนไขตามข้อ ๑ - ๔ ต้องได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาหน่วยงานต้นสังกัด (ผอ.รพ./สสอ./นพ.สสจ.)

รายละเอียดแนบท้ายประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี
เรื่อง รับถ่ายโอนบุคลากรสังกัดสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙
ลงวันที่ ๓ กันยายน ๒๕๖๗

อัตราตำแหน่งที่รับถ่ายโอนมาสังกัดสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

ลำดับ ที่	รพ.สต.	อำเภอ	ขนาด รพ.สต. (S M L)	ประเภท	ตำแหน่ง	ระดับ	อัตราที่รับ ถ่ายโอน
๑	รพ.สต.ห้วยโป่ง	โคกสำโรง	L	วิชาการ	นักวิชาการสาธารณสุข	ปก./ชก.	๑
					เภสัชกร	ปก./ชก.	๑
				ทั่วไป	เจ้าพนักงานธุรการ	พง./ชง.	๑
					เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	พง./ชง.	๑
๒	รพ.สต.โพธิ์เก้าต้น	เมืองลพบุรี	M	วิชาการ	แพทย์แผนไทย ปก./ชก.	ปก./ชก.	๑
					เภสัชกร	ปก./ชก.	๑
				ทั่วไป	เจ้าพนักงานธุรการ	พง./ชง.	๑
					เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	พง./ชง.	๑
๓	รพ.สต.บ้านเบิก	ท่าม่วง	M	วิชาการ	แพทย์แผนไทย ปก./ชก.	ปก./ชก.	๑
					เภสัชกร	ปก./ชก.	๑
				ทั่วไป	เจ้าพนักงานธุรการ	พง./ชง.	๑
					เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	พง./ชง.	๑
๔	รพ.สต.บ่อทอง	หนองม่วง	M	วิชาการ	นักวิชาการสาธารณสุข	ปก./ชก.	๒
					พยาบาลวิชาชีพ	ปก./ชก.	๒
					แพทย์แผนไทย	ปก./ชก.	๑
					เภสัชกร	ปก./ชก.	๑
				ทั่วไป	เจ้าพนักงานธุรการ	พง./ชง.	๑
					เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	พง./ชง.	๑



แบบแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕๖๗

เรื่อง ขอแจ้งความประสงค์และยืนยันการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

เรียน นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ลงวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๔ ข้อ ๕ ให้การถ่ายโอนบุคลากรของสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สอน./รพ.สต.) เป็นไปด้วยความสมัครใจ นั้น

ข้าพเจ้า.....สกุล.....อายุ.....ปี
วุฒิการศึกษา.....ตำแหน่ง.....ระดับ.....
ประเภท.....บรรจุรับราชการครั้งแรก วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เลขที่ตำแหน่งตาม ก.พ.๗.....ประจำหน่วยงาน (รพ.สต./สสอ./สสจ./รพ.ศ./
รพ.ท./รพช.).....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์และยืนยันการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี เพื่อปฏิบัติราชการที่ รพ.สต.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดลพบุรี โดยปัจจุบันข้าพเจ้ามีอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นจากเงินงบประมาณต่อเดือน ดังนี้

- | | |
|---|----------------------------------|
| ๑. อัตราเงินเดือน ณ วันที่ ๑ เม.ย. ๒๕๖๗.....บาท | ๓. ค่าเช่าบ้าน (เดือนละ) |
| ๒. ค่าตอบแทน ต่อเดือน | ๔. เงินสมทบ กบข. ๓% |
| ๒.๑ เงินประจำตำแหน่ง | ๕. ค่าเล่าเรียนบุตร (ปีละ) |
| ๒.๒ เงินเพิ่มตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษฯ | ๖. เงินอื่นๆ |
| (พ.ต.ส.) | (ระบุ.....) |
| ๒.๓ เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย (ฉ.๑๑) | |
| ๒.๔ ค่าตอบแทนปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ | |
| และเวชปฏิบัติครอบครัว | |
| ๒.๕ ค่าตอบแทนอื่น | |
| (ระบุ.....) | |
| รวมทั้งสิ้น.....บาท (.....) | |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและข้อมูลข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

ข้อมูลเพิ่มเติม ประกอบการแสดงความประสงค์ถ่ายโอนมา อบจ.ลพบุรี
ถ่ายโอนปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ (ถ่ายโอนวันที่ ๑ ต.ค. ๒๕๖๘)

โปรดระบุ รพ.สต.แห่งอื่น ที่ประสงค์จะไปปฏิบัติงาน (กรณีไม่สามารถจัดให้ลงตามทีเลือกไว้ได้)
ลำดับ ๑ รพ.สต.....อำเภอ.....
ลำดับ ๒ รพ.สต.....อำเภอ.....
ลำดับ ๓ รพ.สต.....อำเภอ.....

เอกสารหลักฐานที่ข้าพเจ้าแนบมาด้วย มีดังนี้

- () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
- () สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ จำนวน ๑ ฉบับ
- () สำเนา ก.พ. ๗ จำนวน ๑ ชุด
- () คำสั่งให้ช่วยราชการใน สอน./รพ.สต. หรือ ๕ หน่วยงาน (ถ้ามี)
- () หนังสืออนุมัติให้ถ่ายโอนจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น (กรณีมีสิทธิถ่ายโอนตามข้อ ๕)
- () อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าเป็นผู้มี “สิทธิถ่ายโอน” ตามเงื่อนไขการถ่ายโอน สอน./รพ.สต. ที่ ก.ก.ถ. ประกาศ
และตามมติคณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้
(เลือกสิทธิที่ตรงกับท่านมากที่สุด ๑ ข้อ)

- () ข้อ ๑ ปฏิบัติงานอยู่ รพ.สต. และ เลขตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ รพ.สต.
- () ข้อ ๒ ปฏิบัติงานอยู่ ๕ หน่วยงาน (สสอ./สสจ./รพ.ศ./รพท./รพช.) แต่เลข จ.๑๘ อยู่ รพ.สต.
- () ข้อ ๓ ปฏิบัติงานอยู่ รพ.สต. แต่เลข จ.๑๘ อยู่ ๕ หน่วยงาน
- () ข้อ ๔ ปฏิบัติงานและเลข จ.๑๘ อยู่ ๕ หน่วยงาน แต่ เคยปฏิบัติงานอยู่ รพ.สต. ไม่น้อยกว่า ๑ ปี
- () ข้อ ๕ กรณีไม่เข้าเงื่อนไขข้อ ๑ - ๔ ข้าพเจ้าได้รับอนุมัติให้ถ่ายโอนจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้นแล้ว

ผู้รับผิดชอบ ฝ่ายการเจ้าหน้าที่ กองการเจ้าหน้าที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี
โทร. ๐ ๓๖๔๑ ๑๔๐๔ ต่อ ๘

แบบยินยอมให้ข้าราชการถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี
สำหรับบุคลากรในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ยินยอมให้ข้าราชการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

เรียน นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์
และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ลงวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๔ ข้อ ๕ ให้การถ่ายโอน
บุคลากรของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(สอน./รพ.สต.) เป็นไปด้วยความสมัครใจ นั้น

ด้วย (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....เลขที่ตำแหน่ง.....ประเภท.....

ปัจจุบันปฏิบัติราชการที่.....มีความประสงค์ถ่ายโอนมา
สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อปฏิบัติราชการ
ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดลพบุรี

จึงขอแจ้งว่า

อนุมัติให้บุคลากรดังกล่าวถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ตามภารกิจ
ถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เพื่อปฏิบัติราชการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดลพบุรี

ไม่อนุมัติให้บุคลากรดังกล่าวถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ตามภารกิจ
ถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ด้วยเหตุผล.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและข้อมูลข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....