



กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ  
เลขที่ 4795  
23 ธ.ค. 66  
เวลา 11:17

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด  
เลขรับที่ 11545  
ลงวันที่ 8 ส.ค. 2566  
เวลา

ที่ มค ๐๐๓๓.๐๑๒/ว ๒๓๖๖

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม  
ถนนเลี้ยวเมืองมหาสารคาม - ร้อยเอ็ด  
มค ๔๕๐๐๐

๓ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกข้าราชการเพื่อย้ายแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล(นายแพทย์เชี่ยวชาญ)  
โรงพยาบาลบรบือ และโรงพยาบาลลาวาปีปทุม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทุกแห่ง

- |                                      |              |
|--------------------------------------|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบขอย้าย         | จำนวน ๑ ชุด  |
| ๒. หนังสือยินยอมของหน่วยงานต้นสังกัด | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. ใบสมัครแสดงวิสัยทัศน์             | จำนวน ๑ ชุด  |

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีความประสงค์รับย้ายข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งจะว่างเมื่อสิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๒ ตำแหน่ง ดังนี้

๑. ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล(นายแพทย์เชี่ยวชาญ) (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ตำแหน่งเลขที่ ๕๗๗๔๓ โรงพยาบาลบรบือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
๒. ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล(นายแพทย์เชี่ยวชาญ) (ด้านเวชกรรม) ตำแหน่งเลขที่ ๕๗๗๗๔ โรงพยาบาลลาวาปีปทุม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

โดยผู้ที่จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อย้ายแต่งตั้งในตำแหน่งดังกล่าว สามารถยื่นใบสมัครและใบขอย้ายผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับ ส่งถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยถือวันลงรับหนังสือของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามเป็นสำคัญ โดยรับสมัครในระหว่างวันที่ ๓ - ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๖

ในวันผลการคัดเลือกทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มตาม QR Code ตามหนังสือนี้

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ทราบ/เห็น            | <input type="checkbox"/>                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> ดำเนินการ | <input type="checkbox"/> อนุญาตเรียนมาทราบและดำเนินการต่อไป |
| <input type="checkbox"/> ลงนามแล้ว            | <input type="checkbox"/> .....                              |

ขอแสดงความนับถือ

(นางพัชรา ชุมภูวิเศษ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
ร.ก.นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ(ผู้ช่วยผู้ตรวจพัฒนา)  
ปฏิบัติราชการแทน กลุ่มนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด  
โทร ๐ ๔๓๗๗ ๗๔๗๒ ต่อ ๑๖๕  
โทรสาร ๐ ๔๓๗๗ ๗๔๗๐  
<https://moph.cc/gbaycGbW๑>

(นายสมชายโชติ ปิยวัชรเวลา)  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

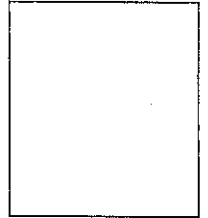


แบบแสดงความจำนงเข้ารับการประเมินบุคคลเพื่อย้ายแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล(นายแพทย์)

ประเภทวิชาการ ระดับเชี่ยวชาญ

ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม



๑. ตำแหน่งและส่วนราชการที่ขอสมัครเข้ารับการคัดเลือก

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล(นายแพทย์) ตำแหน่งเลขที่ .....

โรงพยาบาล..... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล(นายแพทย์) ตำแหน่งเลขที่ .....

โรงพยาบาล..... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๒. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ..... สกุล .....

วัน เดือน ปี เกิด..... อายุตัว..... ปี อายุราชการ..... ปี

วันเกษียณอายุ..... ภูมิลำเนา.....

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง .....

ประเภท..... ระดับ.....

ส่วนราชการ.....

โทรศัพท์.....

ตั้งแต่..... อัตราเงินเดือนปัจจุบัน .....

๓. การดำรงตำแหน่ง

ดำรงตำแหน่งระดับเชี่ยวชาญ ตั้งแต่.....

ตำแหน่งอื่นที่ได้รับมอบหมาย และเคยได้รับมอบหมาย.....

.....

.....

๔. ประวัติการถูกกล่าวหา ร้องเรียน หรือ ถูกลงโทษทางวินัย หรือ อาญา เว้นแต่กรณีกระทำโดยประมาท

หรือ ลหุโทษที่ไม่ได้ทำให้ราชการได้รับความเสียหายอย่างร้ายแรง

๔.๑ เคยถูกกล่าวหา ร้องเรียนทางวินัยหรือไม่

ไม่เคย .....

เคย .....

๔.๒ เคยถูกลงโทษทางวินัยหรือไม่

ไม่เคย .....

เคย .....

๔.๓ เคยถูกกล่าวหา ร้องเรียนทางอาญาหรือไม่

ไม่เคย .....

เคย .....

๔.๔ เคยถูกกล่าวหา ร้องเรียนทางอาญาหรือไม่

ไม่เคย .....

ไม่เคย .....



๘. แผนงาน/โครงการที่จะดำเนินการเมื่อดำรงตำแหน่งที่สมัครในอนาคต (ภายใน ๓ ปี)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๙. บุคคลอ้างอิง (Recommender) จำนวน ๓ ท่าน

ชื่อ..... ตำแหน่ง.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้อความดังกล่าว เป็นเท็จหรือไม่ถูกต้องจะถือว่าหมดสิทธิได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้ว จะถือเป็นโมฆะ

ลงชื่อ..... ผู้ขอรับการคัดเลือก

(.....)

...../...../๓.....

๑๒. ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

๑๒.๑ โปรดระบุ.....

.....

.....

๑๒.๒ ขอรับรองว่าผู้ครองตำแหน่งเป็นผู้ปฏิบัติตามประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือน ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๕๒ (ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๑๓.๗/ว ๓๒ ลงวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๕๒) มีความเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง หากข้อมูลข้างต้นมีการเปลี่ยนแปลงประการใด จะแจ้งให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทราบโดยพลัน

ลงชื่อ..... ผู้บังคับบัญชา

(.....)

.....

สถานที่ติดต่อ

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร..... E - mail .....