



ที่ สธ ๐๖๕๒/ว ๑๑๙๙

ถึง กระทรวง และกรมต่างๆ

ด้วยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีความประสงค์จะรับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ ตำแหน่ง นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ ระดับปฏิบัติการหรือชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๗๘๓ กลุ่มรับรองห้องปฏิบัติการ ๒ สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ จำนวน ๑ อัตรา โดยมีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตรงตามมาตรฐานกำหนด ตำแหน่ง รายละเอียดปรากฏตามเอกสารแนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดเผยแพร่ข่าวการรับโอนข้าราชการครั้งนี้ ให้ข้าราชการ ในสังกัดทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณ



กองบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๒๕๕๑ ๕๒๓๒

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@dmsc.mail.go.th



ประกาศกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
เรื่อง รับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ

ด้วยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีความประสงค์จะรับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ มาดำรงตำแหน่งนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ ระดับปฏิบัติการหรือชำนาญการ ในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. ตำแหน่งที่จะรับโอน

ตำแหน่งนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ ระดับปฏิบัติการหรือชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๗๘๓ กลุ่มรับรองห้องปฏิบัติการ ๒ สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ จำนวน ๑ อัตรา

๒. คุณสมบัติที่ต้องการ

มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งตามที่ ก.พ. กำหนด และมีประสบการณ์ในงานที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งดังกล่าวข้างต้น

๓. การยื่นเอกสารแสดงความจำนงขอโอน

ให้ส่งใบขอโอนตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๙ โดยสามารถยื่นด้วยตนเอง ในวันเวลาราชการ หรือยื่นทางไปรษณีย์ ดังนี้

๓.๑ ยื่นใบขอโอนด้วยตนเองที่กลุ่มรับรองห้องปฏิบัติการ ๒ สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ อาคาร ๙ ชั้น ๗ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

๓.๒ ยื่นใบขอโอนทางไปรษณีย์ โดยเจ้าหน้าที่ส่งถึง กลุ่มรับรองห้องปฏิบัติการ ๒ สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ อาคาร ๙ ชั้น ๗ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เลขที่ ๘๘/๗ หมู่ที่ ๔ ซอยบำรุงราชมงคล ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ วงเล็บมุมซอง "ส่งใบขอโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ" โดยให้ถือวันที่ประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ

ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดและดาวน์โหลดเอกสารเพิ่มเติมที่เว็บไซต์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ <http://www.dmsc.moph.go.th> คลิกที่หัวข้อ ข่าวประกาศของหน่วยงาน สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๑ ๐๐๐๐ ต่อ ๙๙๙๓๖ มือถือ ๐๙ ๘๘๘๑ ๐๙๔๒

๔. เอกสารและหลักฐานที่ต้องยื่น

ให้ส่งใบขอโอนมารับราชการในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์พร้อมหลักฐานประกอบการโอน อย่างละ ๑ ฉบับ (สำเนาหลักฐานการโอนทุกฉบับให้เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง พร้อมลงชื่อและวันเดือนปีกำกับของสำเนาเอกสารนั้น) 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 โดยสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ จะคัดเลือกจากผู้ที่มีคุณสมบัติ ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ที่เหมาะสมอันเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน โดยพิจารณาจากใบขอโอน ประวัติการศึกษา ประวัติการทำงาน และอาจมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติม (หากมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจะแจ้งวัน เวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ให้ทราบภายหลัง)

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๙



(นายพิเชฐ บัญญัติ)
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์



ติดรูปถ่าย
ขนาด ๑ นิ้ว

ใบขอโอนมารับราชการสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอโอนมารับราชการ

เรียน อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

๑. ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

วุฒิ.....สาขา.....

สำเร็จจาก..... และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรม

และได้รับวุฒิบัตรแพทย์ทาง.....ตามที่ได้แนบมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

จำนวน.....ชุด

๒. ข้าพเจ้าเริ่มรับราชการ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....รวมเป็นเวลาราชการ.....ปี.....เดือน

ขณะนี้รับราชการเป็นข้าราชการ.....ตำแหน่ง.....

ระดับ.....ฝ่าย.....กอง/ศูนย์/สำนัก.....

กรม.....กระทรวง.....จังหวัด.....

เงินเดือน.....บาท มือถือ.....อีเมล.....

๓. ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอโอนมารับราชการสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในตำแหน่ง

.....ระดับ.....

กอง/ศูนย์/สถาบัน/สำนัก/กลุ่ม/ฝ่าย.....

๔. ข้าพเจ้ามีเหตุผลในการขอโอนครั้งนี้ คือ.....

.....

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว จำนวน.....ฉบับ

๕. หากตำแหน่งที่เข้ารับโอนข้าพเจ้าเป็นตำแหน่งที่มีอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่ใน

ปัจจุบัน ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับเงินเดือนขั้นที่มีอยู่ของตำแหน่งที่จะรับโอนไปก่อนจนกว่ากรมบัญชีกลางจะสั่ง

พอกอัตรာให้

๖. กรณีที่ ก.พ. อนุมัติให้รับโอนในระดับ และอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ได้รับอยู่เดิม ข้าพเจ้า

(ให้ขีดเครื่องหมาย/ใน ☐ ที่ต้องการ)

☐ ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ ☐ ไม่ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ

๗. การโอนครั้งนี้ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย / ใน ☐ ที่ต้องการ)

๗.๑ เงินค่าขนย้ายครอบครัว ☐ ขอเบิก ☐ ไม่ขอเบิก

๗.๒ เงินค่าพาหนะเดินทาง ☐ ขอเบิก ☐ ไม่ขอเบิก

๗.๓ เงินค่าเบี้ยเลี้ยง ☐ ขอเบิก ☐ ไม่ขอเบิก

๗.๔ เงินค่าเช่าบ้าน ☐ ขอเบิก ☐ ไม่ขอเบิก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอโอน

(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าตำแหน่ง.....

ระดับ.....(ส่วนราชการ).....

เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า

เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม และเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ ในหน้าที่การงานดี มีความสนใจ และอุตสาหะในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้รับรอง

...../...../.....

หมายเหตุ ๑. กรณีขอโอนติดตามคู่สมรส ให้แนบหลักฐานที่แสดงว่าคู่สมรสมีภูมิลำเนา หรือปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัด ที่ขอโอนไป

๒. กรณีขอโอนกลับภูมิลำเนาเดิม ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม

๓. กรณีขอโอนเพื่อดูแลบิดา มารดา หรือ บุตร ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา หรือบุตร และใบรับรองแพทย์ ในกรณีที่บิดา มารดา หรือ มีโรคประจำตัว

๔. หลักฐานอื่นๆ เช่นสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ใบเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล (ถ้ามี)