

ใบขอย้าย

เขียนที่

วันที่ xx เดือน ... พ.ศ. ๒๕๖...

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน สาธารณสุขอำเภอดำเนินสะดวก

๑. ข้าพเจ้า วุฒิ โบนัส
..... วุฒิบัตร (ถ้ามี)

๒. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง ระดับ
ตำแหน่งเลขที่ xxxxx ส่วนราชการ ดำรงตำแหน่งเมื่อ
วันที่ เดือน พ.ศ. ๒๕xx อัตราเงินเดือนปัจจุบัน ๐๐,๐๐๐ บาท ปฏิบัติราชการจริง
ที่ (ถ้ามี) ตั้งแต่วันที่ ... เดือน ... พ.ศ. ๒๕xx ขณะนี้

อยู่ในระหว่างการลาศึกษา / ฝึกอบรม / หรือดูงาน หลักสูตร
ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.

ไม่อยู่ในระหว่างการลาศึกษา / ฝึกอบรม / ดูงาน

อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานขอใช้ทุนหลักสูตร
ต้องปฏิบัติงานขอใช้ทุน ปี ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.
ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.

ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

๓. ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่ง ระดับ
ส่วนราชการ เหตุผลในการขอย้าย
เพื่อ และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผล
พร้อมนี้แล้ว จำนวน ฉบับ

๔. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง
อยู่ข้าพเจ้า

ยินยอมลดระดับ ไม่ยินยอมลดระดับ

๕. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่
เดือน พ.ศ.

ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย

มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

อยู่ในระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอนำผลประเมินวิชาการที่

ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

๖. ในการขอย้ายครั้งนี้หากทางราชการอนุญาตให้ย้ายได้ ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ต้องการ)

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| ๖.๑ เงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว | <input type="checkbox"/> ขอเบิก | <input type="checkbox"/> ไม่ขอเบิก |
| ๖.๒ เงินค่าพาหนะเดินทาง | <input type="checkbox"/> ขอเบิก | <input type="checkbox"/> ไม่ขอเบิก |
| ๖.๓ เงินค่าเบี้ยเลี้ยง | <input type="checkbox"/> ขอเบิก | <input type="checkbox"/> ไม่ขอเบิก |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) ผู้ขอย้าย
(.....)
ตำแหน่ง

คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่

ตามที่ (นาย, นาง, นางสาว) ตำแหน่ง มีความประสงค์ขอย้ายไปดำรงตำแหน่ง นั้น ได้พิจารณา

- ให้เบิกตามรายการที่ระบุใน ๖
- ให้เบิกเฉพาะรายการที่
- ไม่ให้เบิกทุกรายการที่ระบุใน ๖

(ลงชื่อ)
(นาย/นาง/นางสาว...)
สาธารณสุขอำเภอดำเนินสะดวก

หมายเหตุ

๑. กรณีขอย้ายติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งย้ายหรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส
๒. กรณีขอย้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม
๓. กรณีขอย้ายเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณีที่บิดา มารดา อายุต่ำกว่า ๖๕ ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองจากแพทย์ด้วย
๔. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการกอง หรือหัวหน้าหน่วยราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้เป็นผู้ให้คำรับรอง เบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่ แล้วแต่กรณี

บันทึกประกอบการขอย้าย/โอน

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง ส่วนราชการ
..... มีความประสงค์จะขอย้าย/โอน ไป
รับราชการที่

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น
ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. แต่ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย/โอน

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น
ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอนไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น
ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่าง
ประเมินผลงานทางวิชาการ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอ นำผลประเมินวิชาการ
ที่ส่วนราชการเดิมขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

(ลงชื่อ) ผู้ขอย้าย/โอน
(.....)

ตำแหน่ง
วันที่ เดือน พ.ศ.

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่งานการเจ้าหน้าที่
(.....)

ตำแหน่ง
วันที่ เดือน พ.ศ.