

นศ



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
10356
15 พ.ย. 2566

ที่ นศ ๐๐๓๓.๐๐๘/๑ ๗/๕๖๖

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
ถนนเทพบุรี ตำบลโพธิ์เสด็จ นศ ๘๐๐๐๐

พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง รับย้าย/รับโอนข้าราชการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย บัญชีรายละเอียดตำแหน่งว่าง จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช มีความประสงค์จะรับย้าย/รับโอนข้าราชการ จำนวน ๒๔ อัตรา รายละเอียดตามQR-Code ท้ายหนังสือนี้

ในการนี้ หากมีข้าราชการประสงค์ขอย้าย/ขอโอน ส่งใบขอย้าย/ขอโอน ผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น ถึงกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ชั้น ๒ (อาคาร ๕ ชั้น) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่วันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ และจะถือวันที่ลงรับหนังสือที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ภายในวันปิดรับสมัคร หากพ้นกำหนดจะไม่รับพิจารณา สำหรับเอกสารประกอบการขอย้าย/ขอโอน มีดังนี้

๑. แบบขอย้าย/ขอโอน
๒. สำเนา ก.พ. ๗ (เจ้าหน้าที่รับรองสำเนาถูกต้อง) จำนวน ๓ ชุด
๓. สำเนาวุฒิการศึกษา จำนวน ๓ ชุด
๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๓ ชุด
๕. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๓ ชุด
๖. กรณีเปลี่ยนชื่อตัว - ชื่อสกุล แล้วไม่ตรงกับเอกสารใด ให้แนบสำเนาใบเปลี่ยนชื่อตัว - ชื่อสกุลมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกัน ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ QR-Code ท้ายหนังสือนี้

เรียนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา
() เพื่อโปรดทราบ
() เพื่อโปรดพิจารณา
- นศ นครศรีธรรมราช
รับขอรับโอน
- นศ นครศรีธรรมราช
รับขอรับโอน
รศ.ดร. พัทธ ๓๐๗

ขอแสดงความนับถือ

<input type="checkbox"/>	อนุมัติ/อนุญาต
<input checked="" type="checkbox"/>	ชอบ
<input type="checkbox"/>	ลงนัด
<input type="checkbox"/>	ตงนาม
<input type="checkbox"/>	มอบ
<input type="checkbox"/>	ทราบ

(นายสุทธิพงษ์ ชาญฉวีวงศ์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร.๐ ๗๕๓๔๓๔๐๘ - ๑๐ ต่อ ๔๒๓
โทรสาร ๐ ๗๕๓๔๓๔๐๗
QR-Code รายละเอียดตำแหน่งว่าง



(นางกัญญา ชัดตบะ)
นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

20 พ.ย. 2566

(นายเอกชัย คำสี)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา
20 พ.ย. 2566

(นายสมภพ เมืองจีน)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ(ด้านเวชกรรม)
ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ถนนเทวบุรี ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช

จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

ที่ นศ 0033.009/ ๖7538

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
อำเภอเมืองพะเยา
จังหวัดพะเยา

๕๖๐๐๐

ชำระค่าฝากส่งเป็นรายเดือน
ใบอนุญาตที่ ๕๗/๒๕๒๑
ปท.นครศรีธรรมราช

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เป็นข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ สังกัด.....

กรม..... กระทรวง..... ขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือพิเศษโดยหนังสือฉบับนี้ว่าในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่ความตายในระหว่างราชการ และทางราชการจะต้องจ่ายเงินช่วยเหลือพิเศษให้ตามพระราชกฤษฎีกาการจ่ายเงินเดือน เงินปี บำเหน็จ บำนาญ และเงินอื่นในลักษณะเดียวกัน ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินช่วยเหลือพิเศษให้แก่

1. ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
2. ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ได้บันทึกไว้ในสมุด/แฟ้มประวัติแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ทะเบียนประวัติ
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

บันทึกการเปลี่ยนแปลง

ข้าพเจ้ายกเลิกหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือพิเศษฉบับนี้ โดยได้แสดงเจตนาใหม่ตามหนังสือแสดงเจตนา ลงวันที่.....ซึ่งให้.....เป็นผู้มีสิทธิรับเงินช่วยเหลือพิเศษเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายระหว่างรับราชการ.

ลงชื่อ.....ผู้แสดงเจตนา
(.....)

ได้บันทึกไว้ในสมุด/แฟ้มประวัติแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ทะเบียนประวัติ
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....