



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี กลุ่มอำนวยการ งานการเจ้าหน้าที่ โทร ๐ ๔๕๒๕ ๑๒๖๗- ๙
ที่ สธ ๐๙๒๐.๐๑๘๒๒๓ วันที่ ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง รับโอนข้าราชการพลเรือน

เรียน ประธานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้อำนวยการสำนัก/กอง/ศูนย์/กลุ่ม/สถาบัน ในสังกัดกรมอนามัย และเลขานุการกรม

ด้วย ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี มีความประสงค์จะรับโอนข้าราชการพลเรือน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง จำนวน ๑ ตำแหน่ง ดังนี้

๑. ตำแหน่งที่รับโอน

เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ระดับปฏิบัติงาน/ชำนาญงาน

๒. คุณสมบัติที่ต้องการ

มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งที่ ก.พ. กำหนด และมีประสบการณ์ ในงานที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งดังกล่าว

๓. เอกสารหลักฐานประกอบการโอน

๓.๑ แบบหนังสือขอโอน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๒ รูปถ่ายหน้าตรง ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป

๓.๓ สำเนาวุฒิการศึกษา และระเบียบแสดงผลการศึกษา (Transcript) จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๔ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๕ สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ/ประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๖ สำเนาประวัติการรับราชการ (ก.พ.๗) ที่เป็นปัจจุบัน จำนวน ๑ ชุด

๓.๗ เอกสารอื่น (ถ้ามี)

๔. การดำเนินการ

ผู้มีความประสงค์จะสมัครขอโอนสามารถยื่นหลักฐานด้วยตนเองหรือทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ (EMS) ไปยังงานการเจ้าหน้าที่ กลุ่มอำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี เลขที่ ๔๕ หมู่ ๔ ถนนสถลมารค ตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๑๙๐ โดยถือวันที่ทำการไปรษณีย์ต้นทางประทับตรารับจดหมายของผู้มีความประสงค์จะสมัครขอโอนเป็นวันที่สมัครขอโอน หรือทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sarabanhpc๑๐@gmail.com และขอทราบรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทร ๐ ๔๕๒๕ ๑๒๖๙ ตั้งแต่วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๒๐ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๗ ในวันและเวลาราชการ ทั้งนี้ผู้มีความประสงค์ขอโอน สามารถ Download แบบแสดงความจำนงขอโอน ตาม QR Code ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกัน จะเป็นพระคุณ



QR Code

แบบแสดงความจำนงขอโอน

(นายนิพนธ์ กุลนิตย์)

นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านโภชนาการ) รักษาการแทน
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี