



กรมอนามัย
เลขรับ 4000
วันที่ 27 มิ.ย. 2567
เวลา 11.19

ที่ สธ ๐๖๐๑.๐๒/๖ ๙๖๗

ถึง กระทรวง และกรมต่างๆ

ด้วยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีความประสงค์จะรับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไป ระดับปฏิบัติการหรือชำนาญการ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๒ พิษณุโลก จำนวน ๑ อัตรา โดยมีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดเผยแพร่ข่าวการรับโอนข้าราชการครั้งนี้ ให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณ



สำนักงานเลขานุการกรม

โทร. ๐ ๒๕๕๑ ๕๒๓๒

โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๕๒๓๒



ประกาศกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
เรื่อง รับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ

ด้วยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีความประสงค์จะรับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ มาดำรงตำแหน่ง
นักจัดการงานทั่วไป ระดับปฏิบัติการหรือชำนาญการ ในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. ตำแหน่งที่จะรับโอน

ตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไป ระดับปฏิบัติการหรือชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๗๙
ฝ่ายบริหารทั่วไป ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๒ พิษณุโลก จำนวน ๑ อัตรา

๒. คุณสมบัติที่ต้องการ

มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งตามที่ ก.พ. กำหนด และมีประสบการณ์
ในงานที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งดังกล่าวข้างต้น

๓. การยื่นเอกสารแสดงความจำนงขอโอน

ให้ส่งใบขอโอนได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนถึงวันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗ โดยสามารถ
ยื่นด้วยตนเองในวันเวลาราชการ หรือยื่นทางไปรษณีย์ ดังนี้

๓.๑ ยื่นใบขอโอนด้วยตนเองที่ฝ่ายบริหารทั่วไป ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๒ พิษณุโลก
เลขที่ ๕๖๗ หมู่ ๕ ตำบลหัวรอ อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

๓.๒ ยื่นใบขอโอนทางไปรษณีย์ โดยเจ้าหน้าที่ของถึง ฝ่ายบริหารทั่วไป ศูนย์วิทยาศาสตร์
การแพทย์ที่ ๒ พิษณุโลก เลขที่ ๕๖๗ หมู่ ๕ ตำบลหัวรอ อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐
วงเล็บมุมของ "ส่งใบขอโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ" โดยให้ถึงวันที่ประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ

ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดและดาวน์โหลดเอกสารเพิ่มเติมที่เว็บไซต์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
<http://www.dmsc.moph.go.th> คลิกที่หัวข้อ ข่าวประกาศของหน่วยงาน สามารถสอบถามรายละเอียด
เพิ่มเติมที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๕๕๓๒ ๒๘๒๔-๖ ต่อ ๑๑๒, ๑๒๘ หรือ ๐๙ ๒๔๕๐ ๔๖๓๘

๔. เอกสารและหลักฐานที่ต้องยื่น

ให้ส่งใบขอโอนมารับราชการในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์พร้อมหลักฐาน
ประกอบการโอน อย่างละ ๑ ฉบับ (สำเนาหลักฐานการโอนทุกฉบับให้เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง พร้อมลงชื่อและ
วันเดือนปีกำกับของสำเนาเอกสารนั้น) 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 เช่น ใบเปลี่ยนชื่อตัวหรือชื่อนามสกุล (ถ้ามี)

๕. วิธีการคัดเลือก

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๒ พิษณุโลก จะคัดเลือกจาก ผู้ที่มีคุณสมบัติ ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ที่เหมาะสมอันเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน โดยพิจารณา จากใบขอโอน ประวัติการศึกษา ประวัติการทำงาน และอาจมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติม (หากมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติม จะแจ้งวัน เวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ให้ทราบภายหลัง)

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๗



(นายบัลลังก์ อุบพงษ์)
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์



กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
Department of Medical Sciences

ติดรูปถ่าย
ขนาด ๑ นิ้ว

ใบขอโอนมารับราชการสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอโอนมารับราชการ

เรียน อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

๑. ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี

วุฒิ.....สาขา.....

สำเร็จจาก..... และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมและได้รับ

วุฒิบัตรแพทย์ทาง.....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. หากตำแหน่งที่ใช้รับโอนข้าพเจ้าเป็นตำแหน่งที่มีอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่ในปัจจุบัน ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับเงินเดือนขั้นที่มีอยู่ของตำแหน่งที่จะรับโอนไปก่อนจนกว่ากรมบัญชีกลางจะสั่งพอกอัตราให้

๖. กรณีที่ ก.พ. อนุมัติให้รับโอนในระดับ และอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ได้รับอยู่เดิม ข้าพเจ้า

(ให้ขีดเครื่องหมาย/ใน ที่ต้องการ)

ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ ไม่ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอโอน

(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....

ระดับ.....(ส่วนราชการ).....

เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า

เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม และเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ ในหน้าที่การงานดี มีความสนใจ และอุทิศสละในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้รับรอง

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

- หมายเหตุ**
๑. กรณีขอโอนติดตามคู่สมรส ให้แนบหลักฐานที่แสดงว่าคู่สมรสมีภูมิลำเนา หรือปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัด ที่ขอโอนไป
 ๒. กรณีขอโอนกลับภูมิลำเนาเดิม ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม
 ๓. กรณีขอโอนเพื่อดูแลบิดา มารดา หรือ บุตร ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา หรือ บุตร และใบรับรองแพทย์ ในกรณีที่บิดา มารดา หรือ มีโรคประจำตัว
 ๔. หลักฐานอื่นๆ เช่น สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ใบเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล (ถ้ามี)

ที่ กษ ๒๓๐๙/ว ๑๕๒๕



สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ
๕๐ ถนนพหลโยธิน แขวงลาดยาว
เขตจตุจักร กรุงเทพฯ ๑๐๙๐๐

๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เรื่อง การบูรณาการระดับนโยบาย ๔ หน่วยงาน เพื่อขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านการจัดการด้านอาหารของประเทศไทยภายใต้พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑

เรียน ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ กรมอนามัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบตอบรับเข้าร่วม จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ ได้จัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เรื่อง การบูรณาการระดับนโยบาย ระหว่าง ๔ หน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร และกรมอนามัย เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์แต่ละด้าน (ด้านความมั่นคงอาหาร ด้านคุณภาพและความปลอดภัยด้านอาหาร ด้านอาหารศึกษา และด้านการบริหารจัดการ) ภายใต้แผนปฏิบัติการด้านการจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ตามพระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑

สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ (มกอช.) ในฐานะฝ่ายเลขานุการร่วม จึงขอเชิญท่านเข้าร่วมพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ในวันจันทร์ที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๖.๐๐ น. ณ โรงแรมรามาร์คเด็นส์ กรุงเทพฯ โดยมีกำหนดการพิธีลงนามฯ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และขอได้โปรดส่งแบบตอบรับการเข้าร่วม ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ ให้ มกอช. ทราบ ภายในวันจันทร์ที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ตามวัน และเวลาดังกล่าว

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิศาล พงศาพิชณ์)

เลขาธิการสำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ

กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๖๑ ๒๒๗๗ ต่อ ๕๓๔๒

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ budget.acfs@gmail.com



กำหนดการ
พิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU)
เรื่อง การบูรณาการระดับนโยบาย ๔ หน่วยงาน
เพื่อขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านการจัดการด้านอาหารของประเทศไทย
ภายใต้พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑
วันจันทร์ที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๗
ณ โรงแรมรามารการ์เด้นส์ กรุงเทพฯ

- ๑๓.๐๐ น. ลงทะเบียน
- ๑๓.๓๐ น. พิธีกรกล่าวต้อนรับ
- ๑๓.๔๕ น.
 - ความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU)
 โดย นางสาวปริญานุช ทิพย์ะวัฒน์ รองเลขาธิการสำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ
 - ทิศทางความร่วมมือตามข้อตกลง และแนวทางการดำเนินการในภาพรวมภายใต้คณะกรรมการขับเคลื่อนด้านคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร
 โดย นายพิศาล พงศาพิชณ์ เลขาธิการสำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ
 - ทิศทางความร่วมมือตามข้อตกลง และแนวทางการดำเนินการในภาพรวมภายใต้คณะกรรมการขับเคลื่อนด้านการบริหารจัดการ
 โดย นายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวณิช เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
 - ทิศทางความร่วมมือตามข้อตกลง และแนวทางการดำเนินการในภาพรวมภายใต้คณะกรรมการขับเคลื่อนด้านความมั่นคงอาหารตลอดห่วงโซ่
 โดย นายฉันทานนท์ วรรณเขจร เลขาธิการสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร
 - ทิศทางความร่วมมือตามข้อตกลง และแนวทางการดำเนินการในภาพรวมภายใต้คณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพื่อสร้างความเชื่อมโยงด้านอาหารและโภชนาการสู่คุณภาพชีวิตที่ดี
 โดย แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล อธิบดีกรมอนามัย
- ๑๔.๓๐ น. พิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่าง ๔ หน่วยงาน
 - สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ
 - สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
 - สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร
 - กรมอนามัย
- ๑๕.๐๐ น. ถ่ายภาพร่วมกัน
- ๑๕.๓๐ น. ผู้บริหารให้สัมภาษณ์
- ๑๖.๐๐ น. จบการให้สัมภาษณ์

หมายเหตุ

กำหนดการอาจมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อความเหมาะสม
 รับประทานอาหารว่าง เวลา ๑๕.๓๐ - ๑๕.๔๕ น.
 การแต่งกาย : ชุดสุภาพหรือชุดผ้าไทย

แบบตอบรับการเข้าร่วมพิธีลงนามบันทึกข้อตกลง (MOU)
เรื่อง การบูรณาการระดับนโยบาย ๔ หน่วยงาน เพื่อขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านการจัดการด้านอาหาร
ของประเทศไทยภายใต้พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑
วันจันทร์ที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๖.๐๐ น.
ณ โรงแรมรามารการ์เด้นส์ กรุงเทพฯ

ชื่อ-สกุล
ตำแหน่ง
หน่วยงาน
ที่อยู่
โทรศัพท์ โทรสาร
E-mail Address

- สามารถเข้าร่วมพิธีลงนามได้ ณ โรงแรมรามารการ์เด้นส์ กรุงเทพฯ
- ไม่สามารถเข้าร่วมพิธีลงนามได้ และไม่มอบหมายผู้แทน
- ไม่สามารถเข้าร่วมพิธีลงนามได้ และมอบหมายผู้แทน ดังนี้

๑. ชื่อ-สกุล
ตำแหน่ง
ที่อยู่
โทรศัพท์ โทรสาร
E-mail Address

๒. ชื่อ-สกุล
ตำแหน่ง
ที่อยู่
โทรศัพท์ โทรสาร
E-mail Address

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่...../...../.....

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบตอบรับนี้กลับคืน ภายในวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ได้ที่กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ (มกอช.) โทรศัพท์ ๐ ๒๕๖๑ ๒๒๗๗ ต่อ ๕๓๔๒
E-mail: budget.acfs@gmail.com

ผู้ประสานงาน: นายธีรภัทร บัวคลี (โทร. ๐๖ ๔๔๙๓ ๓๖๙๕)
นางสาววันวิสาข์ สาโมลี (โทร. ๐๙ ๓๕๘๒ ๙๔๓๗)