

หนังสือขอย้าย

เขียนที่

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน อธิบดีกรมอนามัย

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)
เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. (อายุ.....ปีเดือน) (นับถึงวันที่ยื่นขอย้าย)
วุฒิการศึกษา (ที่ใช้บรรจุ)..... สาขาวิชา สถาบัน
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) (ชื่อใบอนุญาต).....
วันออกใบอนุญาต..... วันหมดอายุ.....
ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัด) ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์มือถือ.....
E-mail.....

๒. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....
ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....
ดำรงตำแหน่งนี้เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. อัตราเงินเดือน.....บาท
ปฏิบัติราชการจริงที่.....
ขณะนี้ ☐ อยู่ในระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดูงาน หลักสูตร
ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ถึงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.
☐ ไม่อยู่ในระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/ดูงาน
☐ อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานขาดเงินทุนหลักสูตรต้องปฏิบัติงานขาดเงินทุน.....ปี
ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ถึงวันที่ เดือน..... พ.ศ.
☐ ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

๓. ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่ง.....ระดับ.....
ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....
เหตุผลในการขอย้าย.....
.....
และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลพร้อมนี้แล้ว จำนวน.....ฉบับ

๔. หากปรากฏว่าตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง
อยู่ ข้าพเจ้า ☐ ยินยอมลดระดับ ☐ ไม่ยินยอมลดระดับ

๕. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น
ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

- ☐ อยู่ระหว่างประเมินเพื่อเลื่อนดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น
☐ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย ☐ ไม่ประสงค์จะรอเลื่อนระดับก่อนย้าย
☐ ไม่อยู่ระหว่างประเมินเพื่อเลื่อนดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น

๖. ในการขอย้ายครั้งนี้หากทางราชการอนุญาตให้ย้ายได้ ข้าพเจ้า ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ ที่ต้องการ

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| ๖.๑ เงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว | ☐ ขอเบิก | ☐ ไม่ขอเบิก |
| ๖.๒ เงินค่าพาหนะเดินทาง | ☐ ขอเบิก | ☐ ไม่ขอเบิก |
| ๖.๓ เงินค่าเบี้ยเลี้ยง | ☐ ขอเบิก | ☐ ไม่ขอเบิก |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย

(.....)

คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่

ตามที่ (นาย/นาง/นางสาว)

ตำแหน่ง.....ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....

ส่วนราชการ.....

มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่ง.....ระดับ.....

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....นั้น ได้พิจารณา

- ☐ ให้เบิกตามรายการที่ระบุใน ๖
- ☐ ให้เบิกเฉพาะรายการที่
- ☐ ไม่ให้เบิกทุกรายการที่ระบุใน ๖

(ลงชื่อ)

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

หมายเหตุ

๑. กรณีขอย้ายติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งย้ายหรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส
๒. กรณีขอย้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม
๓. กรณีขอย้ายเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณีที่บิดา มารดา ที่อายุต่ำกว่า ๖๕ ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองจากแพทย์ด้วย
๔. ผู้อำนวยการสำนัก/กอง/ศูนย์/กลุ่ม/สถาบัน/สำนักงาน ในสังกัดกรมอนามัยที่ผู้ขอย้ายปฏิบัติราชการอยู่ เป็นผู้ให้คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่แล้วแต่กรณี
๕. กรณีผู้สมัครขอย้ายดำรงตำแหน่งต่างสายงานและไม่จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน (ตามหนังสือสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๘/๑๙๒๔ ลงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓) ให้ส่งแบบประเมินบุคคล และแบบแสดงรายละเอียดประกอบการพิจารณาระยะเวลาการดำรงตำแหน่งหรือเคยดำรงตำแหน่ง ในสายงานอื่นซึ่งมีลักษณะงานเชิงวิชาการหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้องหรือเกี่ยวเนื่องมานับรวมเป็นระยะเวลาขั้นต่ำ ในการดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้ง มาพร้อมหนังสือขอย้ายด้วย