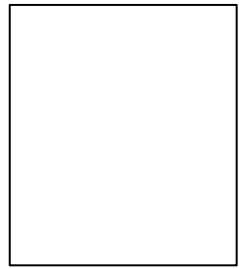


คำร้องขอโอนมาดำรงตำแหน่ง  
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/น.ส.) ..... นามสกุล .....

มีความประสงค์ขอโอนมาดำรงตำแหน่ง ..... ระดับ .....

โดยขอแจ้งข้อมูลบุคคลต่างๆ ดังต่อไปนี้

๑. ข้อมูลบุคคล

เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... อายุปัจจุบัน .....ปี .....เดือน

ภูมิลำเนาเดิมจังหวัด ..... สถานภาพ  โสด  สมรส มีบุตรแล้ว .....คน

๒. ข้อมูลการปฏิบัติราชการ

๒.๑ เริ่มรับราชการครั้งแรก เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... รวมอายุราชการ.....ปี

๒.๒ ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง ..... ระดับ .....

สังกัดส่วนราชการ (ระบุหน่วยงานระดับกลุ่ม/ฝ่าย สำนัก/กอง กรม/กระทรวง หรือเทียบเท่า ให้ครบถ้วน)

.....

.....

อัตราเงินเดือนปัจจุบัน .....บาท ข้อมูลเงินเดือน ณ วันที่  เม.ย.  ต.ค. ปี .....

๒.๓ ขณะนี้ปฏิบัติราชการ  ตามสังกัด  ช่วยราชการที่ .....

๓. ข้อมูลการศึกษาอบรม

๓.๑ วุฒิกการศึกษา(ระบุชื่อปริญญา สาขาวิชา/วิชาเอก)

๑) .....

ปี พ.ศ. ที่จบการศึกษา ..... มหาวิทยาลัย .....

๒) .....

ปี พ.ศ. ที่จบการศึกษา ..... มหาวิทยาลัย .....

๓.๒ เคยได้รับการฝึกอบรม/ดูงาน (ระบุชื่อหลักสูตรหรือรายละเอียดอื่นๆ)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

๓.๓ ขณะนี้อยู่ในระหว่างการปฏิบัติราชการชดใช้ทุน หรือลาศึกษา หรือลาอบรม หรือไม่  ใช่  ไม่  
หากตอบใช่ โปรดระบุรายละเอียด .....

.....  
สัญญาตั้งแต่เดือน ..... ปี พ.ศ. .... ถึงเดือน ..... ปี พ.ศ. ....  
รวมระยะเวลาสัญญาทั้งหมด .....ปี .....เดือน คงค้างอีก .....ปี .....เดือน

(หากได้รับการพิจารณารับโอน กรมฯ จะเป็นผู้รับผิดชอบสัญญาต่อ)

๔. ความรู้ความสามารถพิเศษ หรือประสบการณ์การทำงานที่จะเป็นประโยชน์ต่อการขอโอนครั้งนี้

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

๕. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

.....  
.....

โทรศัพท์บ้าน .....

๖. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้สะดวก

.....  
.....

โทรศัพท์ ..... มือถือ ..... อีเมล .....

๗. เหตุผลในการขอโอน

.....  
.....  
.....  
.....

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ผู้ขอโอน

**คำรับรองของผู้บังคับบัญชา**

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง.....  
ตำแหน่งประเภท ..... ระดับ ..... สังกัด .....  
เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิดของผู้ขอโอน ขอรับรองว่า (นาย/นาง/น.ส.) .....  
เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม เป็นผู้มีความรู้ความสามารถและอดุสาหะในการปฏิบัติงาน

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ผู้รับรอง

**หมายเหตุ** ให้แนบเอกสารประกอบการพิจารณา คือ

๑. สำเนาหลักฐานวุฒิการศึกษา
๒. สำเนา ก.พ. ๗

หากผู้ขอโอนได้รับการพิจารณารับโอนมาดำรงตำแหน่งในสังกัดกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแล้ว จะต้องปฏิบัติตามระเบียบกรมฯ ว่าด้วยการให้โอนข้าราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยให้ปฏิบัติราชการที่กรมฯ ไม่น้อยกว่า ๒ ปี จึงจะมีสิทธิขอโอนไปรับราชการที่ส่วนราชการอื่น หรือไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการอื่น และการลงนามในแบบคำร้องขอโอนนี้จะถือว่าผู้ขอโอนได้รับทราบและยินยอมปฏิบัติตามที่กรมฯ ได้กำหนดทุกประการ