

# ใบขอย้าย (ภายในจังหวัด)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน .....

1. ข้าพเจ้า.....วุฒิ.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....วุฒิบัตร.....

2. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

ดำรงตำแหน่งเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....บาท

ปฏิบัติราชการจริงที่.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขณะนี้ ( ) อยู่ในช่วงการลาศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดูงานหลักสูตร.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

( ) ไม่อยู่ในช่วงการลาศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดูงาน

( ) อยู่ในช่วงปฏิบัติงานชดใช้ทุนหลักสูตร.....

ต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุน.....ปี ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

( ) ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

3. ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่ง.....ระดับ.....

ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอย้าย.....

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลมาพร้อมนี้แล้ว จำนวน.....ฉบับ

4. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่ข้าพเจ้าจะขอย้ายไปเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้า

ดำรงตำแหน่งอยู่ ข้าพเจ้า

( ) ยินยอมลดระดับ

( ) ไม่ยินยอมลดระดับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ.

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

**คำรับรองของผู้บังคับบัญชา**

ตามที่ (นาย, นาง, นางสาว).....  
ตำแหน่ง.....ปฏิบัติหน้าที่.....  
มีความประสงค์ขอย้ายไปปฏิบัติราชการที่..... นั้น  
โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ.....  
( ) ขอเจ้าหน้าที่ทดแทนทันที  
( ) ขอเจ้าหน้าที่ทดแทนภายหลัง  
( ) ไม่ขอเจ้าหน้าที่ทดแทน  
เหตุผล ระบุ.....  
.....  
.....

(ลงชื่อ).....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
...../...../.....

**คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ส่วนราชการรับย้าย)**

ตามที่ (นาย, นาง, นางสาว).....  
ตำแหน่ง.....ปฏิบัติหน้าที่.....  
มีความประสงค์ขอย้ายไปปฏิบัติราชการที่..... นั้น  
โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ.....  
( ) ยินดีรับย้ายไว้ปฏิบัติราชการที่.....  
( ) ไม่ยินดีรับย้าย เนื่องจาก.....  
(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

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

- หมายเหตุ
1. กรณีขอย้ายติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งย้าย หรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส
  2. กรณีขอย้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนา
  3. กรณีขอย้ายเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณีที่บิดา มารดา อายุต่ำกว่า 65 ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองแพทย์ด้วย
  4. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน, สาธารณสุขอำเภอ หรือหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เป็นผู้ให้คำรับรองผู้บังคับบัญชา แล้วแต่กรณี