

แบบแสดงความจำนงของบุคลากรใน รพ.สต. ที่ประสงค์ขอย้ายโอนภารกิจไปสังกัด  
องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ในการโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี

๑. ข้าพเจ้า.....

ขณะนี้ดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....

ตำแหน่งเลขที่.....ส่วนราชการ.....

ปัจจุบันปฏิบัติราชการจริงที่.....

๒. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ดังนี้

ขอโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี

ไม่ประสงค์ขอโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี

โดยประสงค์ขอย้ายไปส่วนราชการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี (ภายในจังหวัด) ดังนี้

๑.....

๒.....

ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จะดำเนินการการย้ายบัญชีถือจ่าย ฯ (จ.๑๘) เพื่อปรับ  
เกลี่ยอัตรากำลังบุคลากรภายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และเป็นไปตามระเบียบการถ่าย  
โอนภารกิจไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## ขั้นตอนการดำเนินการปรับเกลี่ยอัตรากำล้าง

โดยมีขั้นตอนการดำเนินการปรับเกลี่ยอัตรากำล้าง ดังนี้

๑. ผู้ประสงค์ขอลายโอน ฯ

๑.๑ หากบัญชีถือจ่าย ฯ (จ.๑๘) ตรงตามส่วนราชการที่จะถ่ายโอน ฯ ไม่ต้องดำเนินการใด

๑.๒ หากบัญชีถือจ่าย ฯ (จ.๑๘) ไม่ตรงตามส่วนราชการที่จะถ่ายโอน ฯ ให้เขียนขอย้ายบัญชีถือจ่าย ฯ

(จ.๑๘) เพื่อปรับเกลี่ยอัตรากำล้างส่วนราชการให้ถูกต้อง

๒. ผู้ไม่ประสงค์ขอลายโอน ฯ

๒.๑ ยื่นความประสงค์ขอปรับเกลี่ยอัตรากำล้าง เขียนขอย้ายบัญชีถือจ่าย ฯ (จ.๑๘) เพื่อให้กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ตรวจสอบและปรับเกลี่ยตามกรอบโครงสร้างบุคลากรอัตรากำล้าง

๒.๒ ยื่นความประสงค์ขอย้ายภายในจังหวัด เพื่อดำเนินการออกคำสั่งให้ไปปฏิบัติราชการ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๙ เป็นต้นไป