



ที่ สธ ๐๖๐๑.๐๒/ว ๒๓๕

ถึง กระทรวง และกรมต่างๆ

ด้วยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีความประสงค์จะรับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ ระดับปฏิบัติการหรือชำนาญการ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จำนวน ๑ อัตรา โดยมีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลด เอกสารได้ตาม QR Code ด้านล่างนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดเผยแพร่ข่าวการรับโอนข้าราชการครั้งนี้ ให้ข้าราชการ ในสังกัดทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณ



สำนักงานเลขานุการกรม

โทร. ๐ ๒๕๕๑ ๕๒๓๒

โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๕๒๓๒



ประกาศกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์  
เรื่อง รับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ

ด้วยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีความประสงค์จะรับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ มาดำรงตำแหน่ง  
นักเทคนิคการแพทย์ ระดับปฏิบัติการหรือชำนาญการ ในสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

**๑. ตำแหน่งที่จะรับโอน**

ตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ ระดับปฏิบัติการหรือชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๒๑๐  
กลุ่มภูมิคุ้มกันวิทยา สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จำนวน ๑ อัตรา

**๒. คุณสมบัติที่ต้องการ**

มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งตามที่ ก.พ. กำหนด และมีประสบการณ์  
ในงานที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งดังกล่าวข้างต้น

**๓. การยื่นเอกสารแสดงความจำนงขอโอน**

ให้ส่งใบขอโอนได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนถึงวันที่ ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ โดยสามารถ  
ยื่นด้วยตนเองในวันเวลาราชการ หรือยื่นทางไปรษณีย์ ดังนี้

๓.๑ ยื่นใบขอโอนด้วยตนเองที่ฝ่ายบริหารทั่วไป สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข  
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

๓.๒ ยื่นใบขอโอนทางไปรษณีย์ โดยเจ้าหน้าที่ของถึง ฝ่ายบริหารทั่วไป สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์  
สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อาคาร ๑ ชั้น ๑ เลขที่ ๘๘/๗ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ วงเล็บมุมซอง "ส่งใบขอโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ" โดยให้ถือวันที่ประทับตรา  
ไปรษณีย์เป็นสำคัญ

ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดและดาวน์โหลดเอกสารเพิ่มเติมที่เว็บไซต์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์  
<http://www.dmsc.moph.go.th> คลิกที่หัวข้อ ข่าวประกาศของหน่วยงาน สามารถสอบถามรายละเอียด  
เพิ่มเติมที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๙๕๑ ๐๐๐๐-๑๑ ต่อ ๙๙๖๙๕ หรือ ๐๖ ๒๗๑๕ ๖๕๕๖

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...

**๕. วิธีการคัดเลือก**

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุขจะคัดเลือกจากผู้ที่มีคุณสมบัติ ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ที่เหมาะสมอันเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน โดยพิจารณาจากใบขอโอน ประวัติการศึกษา ประวัติการทำงาน และอาจมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติม (หากมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจะแจ้ง วัน เวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ให้ทราบภายหลัง)

ประกาศ ณ วันที่ ๓ กุมภาพันธ์ 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 มีถือ..... อีเมล.....

๓. ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอโอนมารับราชการสังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในตำแหน่ง

..... ระดับ.....

กอง/ศูนย์/สถาบัน/สำนัก/กลุ่ม/ฝ่าย.....

๔. ข้าพเจ้ามีเหตุผลในการขอโอนครั้งนี้ คือ.....

..... และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว จำนวน..... ฉบับ

๕. หากตำแหน่งที่ใช้รับโอนข้าพเจ้าเป็นตำแหน่งที่มีอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่

ในปัจจุบัน ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับเงินเดือนขั้นที่มีอยู่ของตำแหน่งที่จะรับโอนไปก่อนจนกว่ากรมบัญชีกลาง

จะส่งพอกอัตราให้

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 และอุตสาหะในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้รับรอง

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

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