



ประกาศโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

เรื่อง รับสมัครเพื่อรับย้าย/รับโอนข้าราชการ มาแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคล ประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ด้วยโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีความประสงค์ จะรับย้าย/รับโอนข้าราชการ มาแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคล ประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

๑. ตำแหน่งที่รับสมัคร

ตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคล ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๐๖๑๖๑ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๑ อัตรา

๒. คุณสมบัติที่รับสมัคร

๒.๑ เป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ

๒.๒ เป็นผู้มีความรู้เฉพาะตำแหน่งตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งที่ ก.พ. กำหนด

๓. เอกสารที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร

๓.๑ แบบแสดงความประสงค์ขอย้าย/ขอโอน พร้อมลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๒ กรอกใบสมัคร พร้อมคำรับรองของผู้บังคับบัญชายินยอมให้ข้าราชการในสังกัด เพื่อรับย้าย/รับโอน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๓ รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด ๑ x ๑.๕ นิ้ว จำนวน ๑ รูป (ติดในใบสมัคร)

๓.๔ สำเนาทะเบียนประวัติการรับราชการ (ก.พ.๗) จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๕ สำเนาวุฒิการศึกษาและสำเนาระเบียนแสดงผลการศึกษา (Transcript) จำนวน อย่างละ ๑ ฉบับ

๓.๖ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ และสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๓.๗ สำเนาเอกสารอื่น (ถ้ามี) เช่น ใบสำคัญการสมรส ใบสำคัญเปลี่ยนชื่อตัว - ชื่อสกุล (กรณีชื่อ-นามสกุล ในหลักฐานการสมัครไม่ตรงกัน) เป็นต้น จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๓.๘ หนังสือแนส่ง (หนังสือภายนอกลงนามโดยหัวหน้าส่วนราชการที่ขอย้าย)

สำเนาเอกสารทุกฉบับให้ผู้สมัครเขียนคำว่า “สำเนาถูกต้อง” และลงลายมือชื่อ กำกับไว้ด้วย

/๔. กำหนด...

๔. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร

ให้ผู้มีสิทธิสมัครขอย้าย/ขอโอน ยื่นแบบแสดงความประสงค์ขอย้าย/ขอโอน พร้อมเอกสาร
ในข้อ ๓ ดังนี้

๔.๑ การสมัครด้วยตนเอง ยื่นได้ที่กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ชั้น ๓ อาคาร ๕ โรงพยาบาล
สมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ตั้งแต่วันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ ในวันและเวลา
ราชการ

๔.๒ การสมัครทางไปรษณีย์ ให้ส่งไปรษณีย์ลงทะเบียน หรือ EMS ไปยังกลุ่มงาน
ทรัพยากรบุคคล ชั้น ๓ อาคาร ๕ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ตำบลเมืองเดช อำเภอเดชอุดม
จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๑๖๐ ตั้งแต่วันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ โดยถือวันที่
ประทับตรา ส่งไปรษณีย์เป็นสำคัญเอกสารที่ส่งหลังวันปิดรับสมัครจะไม่รับพิจารณา

๕. วิธีการคัดเลือก

- สอบสัมภาษณ์ โดยคณะกรรมการคัดเลือกของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม
- สำหรับวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ จะประกาศให้ทราบต่อไป
- ผลการตัดสินของคณะกรรมการถือเป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายประเสริฐ ศรีสารคาม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

แบบใบสมัครเข้ารับการศึกษาคัดเลือกย้าย/โอน เพื่อแต่งตั้ง
ให้ดำรงตำแหน่ง.....

รูปถ่าย
๑ x ๑.๕ นิ้ว

๑. สมัครคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....
ตำแหน่งเลขที่..... ส่วนราชการ.....
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
๒. ข้อมูลส่วนบุคคล
ชื่อ.....ชื่อสกุล.....วัน เดือน ปีเกิด.....
อายุตัว.....ปี อายุราชการ.....ปี วันเกษียณอายุ.....
ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....
ส่วนราชการ.....
ตั้งแต่.....อัตราเงินเดือน.....บาท
ปฏิบัติราชการจริง.....ตั้งแต่วันที่.....
โทรศัพท์.....อีเมล.....
๓. ประวัติการดำรงตำแหน่ง (ประวัติการรับราชการ)
ดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....ตั้งแต่.....
ดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....ตั้งแต่.....
ดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....ตั้งแต่.....
ดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....ตั้งแต่.....
๔. ประวัติการฝึกอบรม/ดูงาน
เรื่อง.....จัดโดย.....
เรื่อง.....จัดโดย.....
เรื่อง.....จัดโดย.....
เรื่อง.....จัดโดย.....
๕. ความผิดทางวินัย เป็นผู้อยู่ระหว่าง
 ถูกสอบสวน.....เมื่อ.....
 ถูกลงโทษ.....เมื่อ.....
 เคยถูกลงโทษทางวินัย.....เมื่อ.....
 ไม่มี
๖. วุฒิการศึกษา (โปรดแนบหลักฐาน)
 ประกาศนียบัตร.....สาขา.....
สถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.
ปริญญาตรี.....สาขา.....
สถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.
ปริญญาโท.....สาขา.....
สถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.
ปริญญาเอก.....สาขา.....
สถาบัน.....เมื่อ พ.ศ.

๗. ผลงาน/ผลสำเร็จในการปฏิบัติงานที่ผ่านมา (โดยสังเขป)

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

๘. ข้อเสนอแนวคิด วิธีการพัฒนา หรือปรับปรุงงานในอนาคต

เรื่อง.....
.....
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่า ข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมดสิทธิ์ได้รับการคัดเลือก และหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือว่าเป็นโมฆะ

ลงชื่อ.....(ผู้สมัครขอรับการคัดเลือก)

(.....)

วันที่.....

๙. คำรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

สถานที่ติดต่อ

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้สะดวก

เลขที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร.....อีเมลล์.....