

ตัวอย่าง หนังสือสอบถามความเห็นต้นสังกัดของผู้ขอโอน  
(กรณีรับโอนที่ต้องนับระยะเวลาถือภูมิลำเนา)



ที่ /

ศาลากลางจังหวัด.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

เรื่อง ขอรับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญ

เรียน อธิบดีกรม...../เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

ด้วย.....(ชื่อผู้ขอโอน).....ข้าราชการพลเรือนสามัญ ตำแหน่ง.....

ประเภท.....ระดับ..... ส่วนราชการ.....(ต้นสังกัด).....

ได้ยื่นเรื่องขอโอนไปรับราชการในตำแหน่ง.....ประเภท.....ระดับ.....

.....(ส่วนราชการที่รับโอน).....จึงขอทราบว่าการที่ข้าราชการผู้นี้ขอโอนไป  
รับราชการทางจังหวัด.....จะขัดข้องหรือไม่ประการใด กรณีไม่ขัดข้องจะยินดีให้โอนได้

ตั้งแต่วันที่.....และโปรดแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการรับราชการของ.....(ชื่อผู้ขอโอน)..... ดังนี้

- ๑. ขณะนี้เป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ ดำรงตำแหน่ง ประเภท ระดับ และส่วนราชการใด
- ๒. วันที่ ๑ เมษายน/๑ ตุลาคม ได้รับเงินเดือนเท่าใด (เงินประจำตำแหน่ง , เงิน พ.ส.ร (ถ้ามี))
- ๓. มีคุณสมบัติที่จะเลื่อนระดับสูงขึ้นหรือไม่ ตั้งแต่วันที่.....หรืออยู่ระหว่างการประเมินบุคคล

และผลงานทางวิชาการหรือไม่

๔. มีวุฒิใด

๕. มีสัญญาผูกพันกับทางราชการหรือไม่ หากมีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขยินดี

ควบคุมดูแลการปฏิบัติราชการชุดใช้ทุนจนครบสัญญา

๖. มีความประพฤติ ความรู้ และความสามารถในการปฏิบัติราชการเพียงใด

๗. เป็นผู้อยู่ในระหว่างถูกสอบสวนว่ากระทำผิดวินัย หรือเคยถูกลงโทษทางวินัยหรือไม่

๘. เป็นสมาชิก กบข. หรือไม่ เลขประจำตัวประชาชนใด

อนึ่ง การโอนไปเป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ ตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ ก.พ. ได้กำหนดหลักเกณฑ์การประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ (ตำแหน่งประเภททั่วไป) และตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะตั้งแต่ระดับ ๘ ลงมา (ระดับชำนาญการพิเศษลงมา) ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร. ๑๐๐๖/ว ๑๐ ลงวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๔๘ จึงขอให้กรม.....แจ้งให้.....(ชื่อผู้ขอโอน).....จัดทำเอกสารประกอบการพิจารณาขอนับระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในสายงานที่ขอถือภูมิลำเนาตำแหน่งที่ขอประเมิน ตามที่แนบมาพร้อมนี้ ต้นฉบับ จำนวน ๑ ชุด และสำเนา จำนวน ๒ ชุด ส่งให้จังหวัด..... โดยตรง เพื่อประกอบการพิจารณาในการรับโอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และเมื่อยินดีให้โอนขอได้โปรดแจ้งข้อมูลดังกล่าวข้างต้นให้จังหวัด.....ทราบ พร้อมทั้งส่งสำเนา ก.พ.๗ ของข้าราชการผู้นี้ไปเพื่อประกอบการพิจารณาต่อไปด้วย  
จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

โทร.

โทรสาร