



สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑
 เลขที่รับ..... ๗๑๒
 วันที่..... - ๑ มี.ค. ๒๕๖๕
 เวลา..... ๑๖.๐๐ น.

ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๑/ว ๕๓๒

ถึง กรมทุกกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข/หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร/
 สำนักงานกฤษฎมนตรี/กระทรวงการคลัง/กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา/กระทรวงการพัฒนาสังคมและ
 ความมั่นคงของมนุษย์/กระทรวงเกษตรและสหกรณ์/กระทรวงคมนาคม/กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและ
 สิ่งแวดล้อม/กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม/กระทรวงพลังงาน/กระทรวงพาณิชย์/
 กระทรวงยุติธรรม/กระทรวงแรงงาน/กระทรวงวัฒนธรรม/กระทรวงการอุดมศึกษาวิทยาศาสตร์
 วิจัยและนวัตกรรม/กระทรวงอุตสาหกรรม

กองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอประชาสัมพันธ์รับย้าย/รับโอนข้าราชการ
 ดังต่อไปนี้

๑. ตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ ระดับปฏิบัติงาน/ชำนาญงาน จำนวน ๒ ตำแหน่ง
๒. ตำแหน่งเจ้าพนักงานพัสดุ ระดับปฏิบัติงาน/ชำนาญงาน จำนวน ๒ ตำแหน่ง

ให้ผู้ประสงค์ จะย้าย/โอนสามารถยื่นเอกสารได้ ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๕ จนถึงวันที่ ๓๑
 มีนาคม ๒๕๖๕ รายละเอียดปรากฏตามประกาศกองกลาง เรื่อง รับย้าย/รับโอน ข้าราชการ โดยสามารถดาวน์โหลด
 เอกสารได้ที่ QR Code ด้านล่าง หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่กลุ่มภารกิจอำนวยการ กองกลาง
 หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๓๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ



กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
 เลขที่รับ..... 394
 วันที่..... - ๒ มี.ค. ๒๕๖๕
 เวลา..... 12.17

กองกลาง
 โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๓๑
 โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๑๙๒



<https://shorturl.asia/uaeN9>

- กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ
- กลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง
- กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
- กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- กลุ่มงานอำนวยการ
- งานตรวจสอบภายใน

(Handwritten signature)

(นางสาวนฤมล ชมพู่ราช)
 นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ
 - ๒ มี.ค. ๒๕๖๕



ประกาศกองกลาง

เรื่อง รับสมัครเพื่อรับย้าย/รับโอน ข้าราชการพลเรือนสามัญมาแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ และตำแหน่งเจ้าพนักงานพัสดุ ประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน หรือระดับชำนาญงาน

ด้วยกองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีความประสงค์รับย้าย/รับโอนข้าราชการพลเรือนสามัญเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ ประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน หรือชำนาญงาน และตำแหน่งเจ้าพนักงานพัสดุ ประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน หรือชำนาญงาน

๑. ตำแหน่งที่รับย้าย/รับโอน

- ๑.๑ ตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ ประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน หรือระดับชำนาญงาน ตำแหน่งเลขที่ ๑๖๕ กลุ่มสนับสนุนภารกิจผู้บริหาร กองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ๑.๒ ตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ ประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน หรือระดับชำนาญงาน ตำแหน่งเลขที่ ๑๗๙ กลุ่มสวัสดิการ กองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ๑.๓ ตำแหน่งเจ้าพนักงานพัสดุ ประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน หรือระดับชำนาญงาน ตำแหน่งเลขที่ ๑๖๗ กลุ่มภารกิจอำนวยการ กองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ๑.๔ ตำแหน่งเจ้าพนักงานพัสดุ ประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน หรือระดับชำนาญงาน ตำแหน่งเลขที่ ๑๗๔ กลุ่มภารกิจอำนวยการ กองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์สมัครเข้ารับการคัดเลือก

- ๒.๑ เป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ
- ๒.๒ มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง
- ๒.๓ เป็นผู้ที่ไม่อยู่ระหว่างถูกลงโทษ หรือเคยถูกลงโทษทางวินัย หรือทางอาญา หรืออยู่ระหว่างการถูกสอบสวนวินัย หรืออยู่ระหว่างถูกดำเนินคดีอาญา

๓. เอกสารที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร

- ๓.๑ แบบขอโอน/ขอย้าย พร้อมลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน
- ๓.๒ คำร้องของผู้บังคับบัญชายินยอมให้ข้าราชการในสังกัดย้าย/โอน
- ๓.๓ รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด ๑ x ๑.๕ นิ้ว จำนวน ๑ รูป
- ๓.๔ สำเนาทะเบียนประวัติรับราชการ (ก.พ.๗) จำนวน ๑ ฉบับ
- ๓.๕ สำเนาวุฒิการศึกษาหรือระเบียบแสดงผลการศึกษา (Transcript) จำนวน ๑ ฉบับ
- ๓.๖ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ จำนวน ๑ ฉบับ
- ๓.๗ เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) เช่น หนังสือรับรองผลงาน หนังสือเปลี่ยนชื่อตัว - สกุล เป็นต้น

๔. กำหนด...

๔. กำหนดการและวิธีการรับสมัคร

๔.๑ ให้ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือก ยื่นเอกสารต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ที่ กลุ่มภารกิจ
อำนาจการ กองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อาคาร ๓ ชั้น ๒ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ ๑ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕ ในวันเวลาราชการ

๔.๒ สมัครทางไปรษณีย์ให้ส่ง EMS ไปยังกองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
อาคาร ๓ ชั้น ๒ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ ๘๘/๒๐ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอ
เมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ ตั้งแต่วันที่ ๑ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕ โดยถือวันประทับตราส่งไปรษณีย์
เป็นสำคัญ เอกสารที่ส่งหลังวันปิดรับสมัครจะไม่รับพิจารณา

๕. วิธีการคัดเลือก

กองกลางจะสัมภาษณ์โดยคณะกรรมการคัดเลือกฯ และ/หรือพิจารณาจากข้อมูลในแบบ
คำร้องขอย้าย/ขอโอน ผลงาน ประวัติการรับราชการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะแสดงออกถึงความรู้ ความสามารถ
และความเหมาะสม ตามที่ได้ประกาศไว้

๖. การดำเนินการรับย้าย/รับโอน

กองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะดำเนินการรับย้าย/รับโอนเฉพาะผู้ที่มี
คุณสมบัติและเป็นผู้ผ่านการคัดเลือกความเหมาะสมแล้ว และจะแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งเมื่อได้รับความยินยอม
จากหน่วยงานต้นสังกัดแล้ว

๗. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ กลุ่มภารกิจอำนาจการ กองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๑๙๓๑

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕


นางสุทธิมา ทุ่งดี
ผู้อำนวยการกองกลาง

ใบขอย้าย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน

1. ข้าพเจ้า.....วุฒิ.....

ใบอนุญาต.....วุฒิบัตร.....

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

ตำแหน่งเลขที่..... ส่วนราชการ.....

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

ปฏิบัติราชการจริงที่.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ขณะนี้

อยู่ในระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดูงาน หลักสูตร

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

ไม่อยู่ในระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/ดูงาน

อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานชดใช้ทุนหลักสูตร.....

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

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

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

ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอย้าย.....

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลพร้อมนี้แล้วจำนวน.....ฉบับ

4. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรง

ตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

ยินยอมลดระดับ

ไม่ยินยอมลดระดับ

5. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งตั้งแต่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย

มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

อยู่ในระหว่างประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอนำผลประเมินวิชาการ
ที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

/6...

6. ในการขอย้ายครั้งนี้หากทางราชการอนุญาตให้ย้ายได้ ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย /
ใน ที่ต้องการ)

- 6.1 เงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว ขอเบิก ไม่ขอเบิก
6.2 เงินค่าพาหนะเดินทาง ขอเบิก ไม่ขอเบิก
6.3 เงินค่าเบี้ยเลี้ยง ขอเบิก ไม่ขอเบิก

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอย้าย
(.....)

คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่

ตามที่ (นาย , นาง , นางสาว)
ตำแหน่ง.....มี

ความประสงค์ขอย้ายไปดำรงตำแหน่งทางจังหวัด..... นั้น ได้พิจารณา

- ให้เบิกตามรายการที่ระบุใน 6
 ให้เบิกเฉพาะรายการที่.....
 ไม่ให้เบิกทุกรายการที่ระบุใน 6

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

- หมายเหตุ 1. กรณีขอย้ายติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งย้ายหรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส
2. กรณีขอย้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม
3. กรณีขอย้ายเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณีที่บิดา มารดา
อายุต่ำกว่า 65 ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองจากแพทย์ด้วย
4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการกอง หรือ
หัวหน้าหน่วยราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้เป็นผู้ให้คำรับรอง
เบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับ ตำแหน่งใหม่ แล้วแต่กรณี

บันทึกประกอบการขอย้าย / โอน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ส่วนราชการ.....

มีความประสงค์จะขอย้าย / โอน ไปรับราชการที่

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
แต่ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย / โอน

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อน โอน ไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่าง ประเมินผลงาน
ทางวิชาการ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่โดยขอนำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิม
ขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย / โอน
วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานเจ้าหน้าที่
วันที่.....

ใบขอโอน

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุมัติรับราชการ

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....วุฒิ.....
ใบอนุญาต.....วุฒิบัตร.....
๒. ปัจจุบันเป็นข้าราชการ.....ตำแหน่ง.....ฝ่าย/กลุ่ม/
ศูนย์.....กอง.....กรม.....โทรศัพท์.....
ดำรงตำแหน่งนี้เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ. อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....บาท
ขณะนี้ อยู่ระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ
 พ้นจากการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ
 อยู่ระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดูงาน หลักสูตร.....
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.
 ไม่อยู่ระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดูงาน
 อยู่ระหว่างปฏิบัติงานขาดใช้ทุน หลักสูตร.....
ต้องปฏิบัติงานขาดใช้ทุน...ปี ตั้งแต่วันที่ เดือน.....พ.ศ. ถึงวันที่ เดือน.....พ.ศ.
 ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

๓. ขออนุมัติดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....
ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอโอน คือ
และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว จำนวนฉบับ

๔. ประวัติส่วนตัว
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน
□-□□□□-□□□□□-□□□□ เริ่มรับราชการเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
อายุราชการ.....ปี.....เดือน (นับถึงเดือน.....พ.ศ.....) ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัด).....
ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
 เป็นสมาชิก กบข. ประเภท สะสม ไม่สะสม
 ไม่เป็นสมาชิก กบข.

๕. ประวัติการศึกษา

คุณวุฒิ	สาขาวิชาเอก	ปีที่จบการศึกษา

๖. () ไม่เคยผ่าน...

๖. ไม่เคยผ่านการประเมินบุคคลและผลงานมาก่อน
 เคยผ่านการประเมินบุคคลและผลงาน
 โดยวิธีการ สอบหรือประเมินตาม ว ๓๔/๔๗ ในตำแหน่ง
 เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 โดยวิธีการ สอบหรือประเมินตาม ว ๑๖/๓๘ หรือ ว ๑๐/๔๘ ในตำแหน่ง.....
 เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๗. ประวัติการรับราชการ (จากเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบันแสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้น แต่ละระดับและการเปลี่ยนแปลงในการดำรงตำแหน่งในสายงานต่างๆ)

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	อัตราเงินเดือน	สังกัด

๘. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน

ปี พ.ศ.	ระยะเวลา	หลักสูตร	สถาบัน

๙. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งปัจจุบัน

- ๙.๑.....
๙.๒.....
๙.๓.....

๑๐. หากตำแหน่งที่เข้ารับโอนข้าพเจ้าเป็นตำแหน่งที่มีอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่ในปัจจุบัน ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับเงินเดือนชั้นที่มีอยู่ของตำแหน่งที่จะรับโอนไปก่อนจนกว่าจะส่งพอกอัตราให้

๑๑. กรณีที่ ก.พ. อนุมัติให้รับโอนในระดับและอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ได้รับอยู่เดิม ข้าพเจ้า
 ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ
 ไม่ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ

๑๒. ข้าพเจ้า...

๑๓. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่.....

มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอน

ไม่ประสงค์จะรอเลื่อนระดับก่อนโอน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอโอน

(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าตำแหน่ง.....

ระดับ.....(ส่วนราชการ).....

เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า

เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ มีความสนใจ และอุทิศสาหะ
ในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

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

หมายเหตุ ๑. กรณีขอโอนติดตามคู่สมรส ให้แนบหลักฐานที่แสดงว่าคู่สมรสมีภูมิลำเนา หรือปฏิบัติงานอยู่ใน
จังหวัดที่ขอโอนไป

๒. กรณีขอโอนกลับภูมิลำเนาเดิม ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม

๓. กรณีขอโอนเพื่อดูแลบิดา มารดา หรือ บุตร ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา หรือบุตร
และใบรับรองแพทย์ ในกรณีที่บิดา มารดา หรือ มีโรคประจำตัว

๔. กรณีขอโอนตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ให้แนบสำเนาใบประกอบวิชาชีพ

หนังสือยินยอมให้ข้าราชการโอน/ย้าย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ระดับ.....ส่วนราชการ.....

เป็นผู้บังคับบัญชาของ นาย/นาง/นางสาว.....

มีความยินดีให้ข้าราชการดังกล่าว โอน/ย้าย ได้

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....