



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ  
เรื่อง รับถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี  
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ เพิ่มเติม  
ในบังคับประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์ปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ลงวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๔ และในบังคับประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิได้รับถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๖๕ แห่ง และในบังคับประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ รับถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๖ แห่ง รวมรับถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๗๑ แห่ง ไปแล้วนั้น

เพื่อให้การบริการประชาชนตามภารกิจการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๗๑ แห่งดังกล่าว สามารถที่จะให้บริการประชาชนได้อย่างเต็มศักยภาพและต่อเนื่อง อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๓๕/๕ และหนังสือสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีด่วนที่สุด ที่ นร ๐๑๐๗/ว ๕๖๗๙ ลงวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ จึงมีความประสงค์ที่จะรับถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพิ่มเติม ในบังคับประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑. ประสงค์ถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องมีเอกสารแนบประกอบ ดังนี้

- ๑.๑ แบบรายละเอียดสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีความประสงค์จะถ่ายโอน (ราย สพ.สต.)
- ๑.๒ แบบแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิสำหรับบุคลากร สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รายบุคคล)

๒. ประสงค์ถ่ายโอนรายบุคคล ต้องมีเอกสารแนบประกอบ คือ แบบแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิสำหรับบุคลากร สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รายบุคคล)

๓. บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขที่ประสงค์ถ่ายโอนมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ ที่ถ่ายโอนมาแล้ว จำนวน ๗๑ แห่ง สามารถตรวจสอบรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ ตามเอกสารแนบท้ายประกาศเอกสารหมายเลข ๑

๔. คุณสมบัติบุคลากรที่ประสงค์ถ่ายโอนมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ ตามมติคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

๔.๑ ทั้ง จ.๑๘ และหน่วยงานที่ปฏิบัติราชการในปัจจุบัน อยู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๔.๒ จ.๑๘ อยู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ปัจจุบันปฏิบัติราชการอยู่ ๕ หน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

๔.๓ จ.๑๘ อยู่ ๕ หน่วยงาน แต่ปัจจุบันปฏิบัติราชการอยู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๔.๔ ทั้ง จ.๑๘ และหน่วยงานที่ปฏิบัติราชการในปัจจุบันอยู่ ๕ หน่วยงาน แต่เคยปฏิบัติงานอยู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่น้อยกว่า ๑ ปี

๔.๕ หากไม่เข้าเกณฑ์ข้อ ๔.๑ - ๔.๔ ต้องได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาหน่วยงานต้นสังกัด ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาล

๕. องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิจะพิจารณารับถ่ายโอนบุคลากร ตามลำดับการยื่นแบบแจ้งความประสงค์ฯ ให้ผู้ที่แจ้งความประสงค์ก่อนเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน โดยพิจารณาจากวันและเวลาตามหลักฐานในแบบแจ้งความประสงค์

๖. ทำหนังสือยื่นความประสงค์ขอถ่ายโอนพร้อมยื่นแบบแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอนด้วยตนเอง ตั้งแต่วันจันทร์ที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึงวันศุกร์ที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ กองสาธารณสุข ชั้น ๒ องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ (หลังเก่า) ในวันและเวลาราชการ ตามแบบฟอร์มที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิกำหนด ตามเอกสารแนบท้ายประกาศ เอกสารหมายเลข ๒

๗. องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ จะประกาศรายชื่อข้าราชการที่จะรับถ่ายโอนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ และองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ จะดำเนินการจัดส่งรายชื่อบุคลากรที่ประสงค์ถ่ายโอน ให้กับคณะกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาต่อไป

ทั้งนี้ บุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผู้ใดประสงค์ถ่ายโอนมายังองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๐-๒๙๔-๘๘๒๓ ในวันและเวลาราชการ

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

พล.ร.อ.

(สุวิทย์ ชารนรูป)

รองนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ ปฏิบัติราชการแทน  
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ



ที่	ชื่อรพ.สต.	อำเภอ
1	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพหนอง	เมือง
2	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย	เมือง
3	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยต้อน	เมือง
4	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชีลอง	เมือง
5	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยบงเหนือ	เมือง
6	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกวางโจน	ภูเขียว
7	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมุลกระบือ	ภูเขียว
8	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแก	แก้งคร้อ
9	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกกุง	แก้งคร้อ
10	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเข็มน้ำค้ำ	แก้งคร้อ
11	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสังข์	แก้งคร้อ
12	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองศาลา	แก้งคร้อ
13	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนจิว	แก้งคร้อ
14	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตานา	แก้งคร้อ
15	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหนองทุ่ม	แก้งคร้อ
16	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก้ง	แก้งคร้อ
17	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเก่าย่ำดี	แก้งคร้อ
18	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองพิพวน	แก้งคร้อ
19	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามะไฟหวาน	แก้งคร้อ
20	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชำมุลนาก	แก้งคร้อ
21	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาแก	แก้งคร้อ
22	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยน้ำค้ำ	บ้านเขว้า
23	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังกำพาง	บ้านเขว้า
24	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก้งยาว	บ้านเขว้า
25	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนน้อย	บ้านเขว้า
26	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลุบโพธิ์	บ้านเขว้า

ที่	ชื่อรพ.สต.	อำเภอ
27	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดยาง	บ้านเขว้า
28	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าไม้แดง	บ้านเขว้า
29	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดหูลิง	บ้านเขว้า
30	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองไผ่งาม	บ้านเขว้า
31	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางนาดี	บ้านเขว้า
32	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยมงคล	เทพสถิต
33	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังใหม่พัฒนา	เทพสถิต
34	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกกริ่ง	เทพสถิต
35	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสำราญ	เทพสถิต
36	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช่องสำราญ	เทพสถิต
37	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนายางกลัก	เทพสถิต
38	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยหินฝน	เทพสถิต
39	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยยาง	คอนสาร
40	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งลุยลาย	คอนสาร
41	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหญ้าไก่อ	คอนสาร
42	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง	คอนสาร
43	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโสกปลาดุก	หนองบัวระเหว
44	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะลอมไม้	หนองบัวระเหว
45	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าโป่ง	หนองบัวระเหว
46	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสะอาด	หนองบัวระเหว
47	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังตะเฒ่า	หนองบัวระเหว
48	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส้มป่อย	จัตุรัส
49	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแดง	เกษตรสมบูรณ์
50	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเหมา	หนองบัวแดง
51	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดชุมแสง	หนองบัวแดง
52	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำวัวแดง	หนองบัวแดง

ที่	ชื่อรพ.สต.	อำเภอ
53	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมือดแอ่	หนองบัวแดง
54	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยคนทา	หนองบัวแดง
55	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสะอาด	หนองบัวแดง
56	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยหิน	หนองบัวแดง
57	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเพชร	บำเหน็จณรงค์
58	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากจาบ	บำเหน็จณรงค์
59	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสองห้อง	บำเหน็จณรงค์
60	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองอีหล้อ	บำเหน็จณรงค์
61	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดแคน	บำเหน็จณรงค์
62	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวทะเล	บำเหน็จณรงค์
63	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมแก้ว	บำเหน็จณรงค์
64	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองจันลา	ภักดีชุมพล
65	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะโกทอง	ซับใหญ่
66	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดตุ้ม	เมือง
67	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งนาเลา	คอนสาร
68	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนจาน	จัตุรัส
69	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาระยะ	ภักดีชุมพล
70	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดชุมพล	ภักดีชุมพล
71	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพวง	หนองบัวแดง

แบบรายละเอียดสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีความประสงค์จะถ่ายโอน

ชื่อ (สนอ./รพ.สต.) .....

ตำบล.....อำเภอ .....

ว/ค/ป	จำนวนประชากรใน ความ รับผิดชอบ	ขนาด			ชั้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการ ปฐมภูมิ		จำนวนบุคลากร							หมายเหตุ		
		เล็ก	กลาง	ใหญ่	ชั้น ทะเบียน แล้ว	ยังไม่ชั้น ทะเบียน	ขรก.	พงง. ราชการ	พกส.	ลจค. (รายเดือน)	ลจค. (รายสัปดาห์)	ลจค. (รายวัน)	พงง. จ้างเหมา บริการ		รวม	

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน  
( )

หมายเหตุ : ใช้แบบฟอร์มนี้เฉพาะ รพ.สต.ประสงค์ถ่ายโอนใหม่ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘



เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอแจ้งความประสงค์และยืนยันการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ

เรียน นายกองคการบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ

ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์ และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๘ ตอนพิเศษ ๒๕๔ ง เมื่อวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ ข้อ ๕ ให้การถ่ายโอนบุคลากรของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นไปตามความสมัครใจนั้น

ข้าพเจ้า.....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

ตำแหน่ง.....ระดับตำแหน่ง.....เลขที่ตำแหน่ง.....

ปัจจุบันปฏิบัติราชการที่.....ได้พิจารณาเงื่อนไขการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้ว จึงขอแจ้งความประสงค์ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิตามภารกิจถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยในปัจจุบันข้าพเจ้ามีอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นงบประมาณต่อเดือนดังนี้

๑. อัตราเงินเดือน ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ .....บาท

๒. ค่าตอบแทนอื่นจากเงินงบประมาณต่อเดือน

๒.๑ ค่าประจำตำแหน่ง (วิชาชีพ) .....บาท

๒.๒ พ.ต.ส. ....บาท

๒.๓ ฉ.๕ .....บาท

๒.๔ ฉ.๑๐ .....บาท

๒.๕ ฉ.๑๑ .....บาท

๒.๖ ค่าตอบแทนอื่น (โปรดระบุ.....) .....บาท

๓. ค่าเช่าบ้านตามที่มีสิทธิเบิก (ต่อเดือน) .....บาท

รวมทั้งสิ้น(ต่อเดือน).....บาท

๔. ค่าเล่าเรียนบุตร

- บุตรคนที่ ๑ ระดับชั้น.....

รัฐบาล  เอกชนที่รับเงินอุดหนุน  เอกชนที่ไม่รับเงินอุดหนุน.....บาท

- บุตรคนที่ ๒ ระดับชั้น.....

รัฐบาล  เอกชนที่รับเงินอุดหนุน  เอกชนที่ไม่รับเงินอุดหนุน.....บาท

- บุตรคนที่ ๓ ระดับชั้น.....

รัฐบาล  เอกชนที่รับเงินอุดหนุน  เอกชนที่ไม่รับเงินอุดหนุน.....บาท

รวมค่าการศึกษาบุตร(ต่อปี).....บาท

๕. วันเดือนปี เกิด.....วันเดือนปี ที่บรรจ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : ๑. ประสงค์ถ่ายโอนใน รพ.สต.....เบอร์โทรศัพท์ผู้ถ่ายโอน.....

๒. กรณี ๕ หน่วยงาน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลศูนย์, สาธารณสุขอำเภอ, สาธารณสุขจังหวัด ต้องมีหนังสืออนุญาตจากผู้บังคับบัญชาหน่วยงานต้นสังกัด