

แบบยินยอมให้ข้าราชการถ่ายโอนไปดำรงตำแหน่งและปฏิบัติหน้าที่ในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา
นวมินทราชินี หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุรินทร์
สำหรับบุคลากรสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ยินยอมให้ข้าราชการถ่ายโอนไปดำรงตำแหน่งและปฏิบัติหน้าที่ในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี หรือ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุรินทร์

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุรินทร์

ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และ
ขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๓๘ ตอนพิเศษ ๒๕๔ ง เมื่อวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔
ข้อ ๕ ให้การถ่ายโอนบุคลากรของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นไปตามความสมัครใจ นั้น

ด้วย (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....เลขที่ตำแหน่ง (จ.๑๘).....

ปัจจุบันปฏิบัติราชการที่.....อำเภอ.....จังหวัด.....

มีความประสงค์ขอย้ายโอนตามภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล เพื่อไปปฏิบัติราชการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

จึงขอแจ้งว่า

☐ อนุมัติให้บุคลากรดังกล่าวถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุรินทร์ ตามภารกิจสถานีนามัย
เฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อไปปฏิบัติราชการที่โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

☐ ไม่อนุมัติให้บุคลากรดังกล่าวถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุรินทร์ ตามภารกิจสถานี
อนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยเหตุผล
.....
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็น...

ความเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป.....

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....