



แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์ถ่ายโอนหรือช่วยราชการสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

๑. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ชื่อ.....

ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....

จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ.....หมู่.....

๒. ผู้อำนวยการสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

☐ มี ชื่อ.....เบอร์โทรศัพท์.....

☐ ไม่มี ระบุชื่อผู้รักษาราชการแทน.....

๓. ขนาดของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

☐ S ☐ M ☐ L

๔. การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ☐ ขึ้นทะเบียนแล้ว ☐ ยังไม่ขึ้นทะเบียน

๕. จำนวนประชากรที่รับผิดชอบในพื้นที่.....คน (ณ ๑ เมษายน ๒๕๖๖)

สิทธิบัตรทอง จำนวน.....คน สิทธิอื่น จำนวน.....คน

๖. จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ขึ้นทะเบียนกับ สอน./รพ.สต.....คน

๗. จำนวนบุคลากรของ สอน./รพ.สต.

๗.๑ ข้าราชการ (รวม ผอ.).....คน

๑. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ประสงค์ช่วยราชการ
ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๒. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ประสงค์ช่วยราชการ
ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๓. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ประสงค์ช่วยราชการ
ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๔. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ประสงค์ช่วยราชการ
ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๕. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ประสงค์ช่วยราชการ
ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๖. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ประสงค์ช่วยราชการ
ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๗. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ประสงค์ช่วยราชการ

ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๘. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ประสงค์ช่วยราชการ
ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๔. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ประสงค์ช่วยราชการ
ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๑๐. ชื่อ-สกุล ตำแหน่ง

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ประสงค์ช่วยราชการ

ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก

๗.๒ พนักงานราชการ.....คน

๑. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน

ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๒. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน

ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๗.๓ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข.....คน

๑. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน

ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๒. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน

ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๓. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน

ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๔. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน

ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๕. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน

ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๗.๔ ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน).....คน

๑. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน

ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๒. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน

ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๓. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน

ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๔. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน

ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๕. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน

ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๗.๕ ลูกจ้างชั่วคราว (รายสัปดาห์).....คน

๑. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน

ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๒. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน

ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๗.๖ ลูกจ้างชั่วคราว (รายวัน).....คน

๑. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน
ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๒. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน
ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๓. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน
ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๔. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน
ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๗.๗ พนักงานจ้างเหมาบริการ.....คน

๑. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน
ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๒. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท ☐ ประสงค์ถ่ายโอน ☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน
ไม่ประสงค์ถ่ายโอนเนื่องจาก.....

๗.๘ สรุปจำนวนบุคลากรของ สอน./รพ.สต.คน

ประสงค์ถ่ายโอน คน

ไม่ประสงค์ถ่ายโอน คน

ไม่ประสงค์ถ่ายโอน ขอช่วยราชการ คน

๘. กรณีไม่ได้ปฏิบัติงาน ณ จังหวัดลำพูน แต่มีความประสงค์ถ่ายโอนภารกิจมายังองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

๑. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เงินเดือน.....บาท สถานที่ที่ประสงค์จะโอนย้าย รพ.สต.....

ช่องทางการตอบกลับแบบฟอร์ม

กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

๑๒๕ หมู่ที่ ๑๕ ตำบลป่าสัก อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน ๕๑๐๐๐

โทร. ๐-๕๓๕๙-๗๒๖๐ ต่อ ๖๐๑

E-mail: publichealth.lamphunpao@gmail.com

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....