

แบบแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน
สำหรับบุคลากรสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอแจ้งความประสงค์ และยืนยันการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่องหลักเกณฑ์ และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๘ ตอนพิเศษ ๒๕๔ ง เมื่อวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ ข้อ ๕ ให้การถ่ายโอนบุคลากรของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษานวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นไปตามความสมควรใจ นั้น

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....อัตราเลขที่.....

ประเภท.....ปัจจุบันปฏิบัติราชการที่.....

ได้พิจารณาเงื่อนไขการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้ว จึงขอแจ้งความประสงค์ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน ตามภารกิจถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

☐ ประสงค์ถ่ายโอน ไปยัง รพ.สต.

☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน แต่ประสงค์ขอช่วยราชการ ที่ รพ.สต.

☐ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน

โดยในปัจจุบันข้าพเจ้ามีอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นจากงบประมาณต่อเดือนดังนี้

๑. อัตราเงินเดือน ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖บาท

๒. ค่าตอบแทนอื่นจากงบประมาณต่อเดือน

๒.๑ เงินประจำตำแหน่ง (วิชาชีพ)บาท

๒.๒ พ.ต.ส.บาท

๒.๓ จ.๑๐บาท

๒.๔ จ.๑๑บาท

๒.๕ ค่าตอบแทนอื่น (ระบุ.....)บาท

๓. ค่าเช่าบ้าน (ต่อเดือน)บาท

๔. ค่าเล่าเรียนบุตร (ต่อภาคการศึกษา)บาท

รวมบาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

**แบบแจ้งความประสงค์ช่วยราชการสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา
นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน**

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอแจ้งความประสงค์ และยืนยันช่วยราชการ สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่องหลักเกณฑ์ และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๘ ตอนพิเศษ ๒๕๔ ง เมื่อวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ ข้อ ๕ ให้การถ่ายโอนบุคลากรของสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษานวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นไปตามความสมควรใจ นั้น

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....อัตราเลขที่.....
ประเภท.....ปัจจุบันปฏิบัติราชการที่.....
ได้พิจารณาเงื่อนไขการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้ว จึงขอแจ้งความประสงค์ช่วยราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน ตามภารกิจถ่ายโอนสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

○ ประสงค์ช่วยราชการ ณ รพ.สต.

โดยในปัจจุบันข้าพเจ้ามีอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นจากงบประมาณต่อเดือนดังนี้

- | | |
|--|----------|
| ๑. อัตราเงินเดือน ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ |บาท |
| ๒. ค่าตอบแทนอื่นจากงบประมาณต่อเดือน | |
| ๒.๑ เงินประจำตำแหน่ง (วิชาชีพ) |บาท |
| ๒.๒ พ.ต.ส. |บาท |
| ๒.๓ จ.๑๐ |บาท |
| ๒.๔ จ.๑๑ |บาท |
| ๒.๕ ค่าตอบแทนอื่น (ระบุ.....) |บาท |
| ๓. ค่าเช่าบ้าน (ต่อเดือน) |บาท |
| ๔. ค่าเล่าเรียนบุตร (ต่อภาคการศึกษา) |บาท |
| รวม |บาท |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....