



ที่ ขก ๐๐๓๓.๑/ ๔๕๐๗

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี  
เลขที่รับ..... 003823.....  
วันที่ ๑๖/ มี.ค. ๒๕๖๗.....  
เวลา..... ๙.๗๙..... น.  
งาน..... ๘๗๑.....

โรงพยาบาลขอนแก่น  
ถนนศรีจันทร์ ขก ๔๐๐๐๐

๑๓ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง รับย้าย/รับโอนข้าราชการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง

ด้วยโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีความประสงค์จะรับย้าย/รับโอนข้าราชการ จำนวน ๕ อัตรา ดังนี้

๑. ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๖๒๕๑๑ งานเวชปฏิบัติ ครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

๒. ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๖๒๕๑๖ งานเวชปฏิบัติ ครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

๓. ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๖๐๓๕๖ งานการพยาบาล ที่บ้านและชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน

๔. ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๔๙๓๔๔ งานพิษวิทยาและ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม

๕. ตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ ระดับปฏิบัติการ/ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๖๒๔๕๕ กลุ่มงาน สังคมสงเคราะห์

ทั้งนี้ ผู้ประسังค์จะขอย้าย/ขอโอน ไปดำรงตำแหน่งฯ ได้ยื่นใบขอย้าย/ขอโอน พร้อมเอกสาร ต่างๆ โดยผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น ให้ผู้สมัครยื่นใบสมัครได้ด้วยตนเอง หรือส่งทางไปรษณีย์ พร้อมทั้ง หนังสือนำส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น โดยจะถือวันและเวลาลงรับหนังสือที่โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นสำคัญ กำหนดครับสมัครตั้งแต่วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๖ ในวันและเวลา ราชการ สามารถดูรายละเอียดและดาวน์โหลดใบขอย้าย/ขอโอน ได้ที่เว็บไซต์โรงพยาบาลขอนแก่น <https://www.kkh.go.th/hrm/> เมนูทั่วไปร่วมงานกับเรา แบบฟอร์ม งานย้าย/โอนข้าราชการ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และขอความร่วมมือประชาชนทั่วไปให้ข้าราชการในสังกัดทราบโดยทั่วถัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล  
โทร.๐ ๔๓๐๐ ๔๙๐๐ ต่อ ๑๑๕๑, ๑๙๙๙  
โทรสาร.๐ ๔๓๒๔ ๖๐๕๘

โรงพยาบาลขอนแก่น  
ถนนศรีจันทร์ อําเภอเมืองขอนแก่น  
จังหวัดขอนแก่น 40000  
โทรฯ 043-009-900 [www.kkh.go.th](http://www.kkh.go.th)  
ที่ อก 0033.1/

สำระค่าฝากรสั่งเป็นรายเดือน  
ใบอนุญาตเลขที่ 1/2529  
ไปรษณีย์ศรีจันทร์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี  
อําเภอเมืองเพชรบุรี  
จังหวัดเพชรบุรี  
76000