



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์

เรื่อง รับถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข เพิ่มเติม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

.....

ตามประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นอย่างแท้จริง ประกอบกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ผ่านการประเมินความพร้อมอยู่ในระดับดีเลิศ สามารถรับถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในเขตพื้นที่จังหวัด ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ ได้รับการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๙๙ แห่ง และในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ได้รับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๑๒ แห่ง รวมทั้งสิ้น ๑๑๑ แห่ง นั้น

เพื่อให้การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นไปอย่างต่อเนื่อง และเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ ประสงค์จะรับถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข ที่มีความประสงค์จะขอถ่ายโอนมายังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ให้ยื่นคำร้องขอถ่ายโอนมายังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑. กรณีเป็นสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสงค์ถ่ายโอนมาเพิ่มเติม จะต้องมิบุคลากรประสงค์ถ่ายโอนมาครบทุกคน หรือเมื่อถ่ายโอนมาแล้วสามารถปฏิบัติงานได้ทันที โดยไม่กระทบกับการบริการประชาชน โดยจัดส่งเอกสารตาม **สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และ ๒**

๒. กรณีเป็นบุคลากร (เฉพาะราย) ที่ประสงค์ถ่ายโอนมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ ต้องมีตำแหน่งที่ว่างใน ๑๑๑ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนมาเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๖๖ และปี พ.ศ. ๒๕๖๗ สามารถตรวจสอบรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ และคุณสมบัติของผู้ถ่ายโอน ได้ตามเอกสาร **สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓**

๓. สำหรับข้าราชการ ที่ประสงค์ถ่ายโอนตามข้อ ๑ และข้อ ๒ ต้องมีเอกสารประกอบคำร้องขอถ่ายโอน ดังนี้

๓.๑ แบบแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด

๓.๒ สำเนาทะเบียนประวัติข้าราชการ (กพ.๗) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๔. สำหรับพนักงานกระทรวง ลูกจ้างประเภทอื่น ที่ประสงค์ถ่ายโอนตามข้อ ๑ และข้อ ๒

ต้องมีเอกสารประกอบคำร้องขอถ่ายโอน ดังนี้

๔.๑ แบบแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด

๔.๒ สำเนาสัญญาจ้างจากกระทรวงสาธารณสุข พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๕. ทำหนังสือแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอนพร้อมแบบคำร้องขอถ่ายโอน ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ถึงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๖ ณ กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ ในวันและเวลาราชการ หรือส่งไปรษณีย์ ถึง กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ ถนนสวรรค์วิถี ตำบลนครสวรรค์ตก อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ๖๐๐๐๐ โดยยึดวันประทับตราไปรษณีย์เป็นหลัก

๖. องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ จะประกาศรายชื่อสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พร้อมรายชื่อข้าราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.) และลูกจ้างประเภทอื่นที่จะรับถ่ายโอน ในวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๖ ณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ และองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์จะดำเนินการจัดส่งรายชื่อสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และบุคลากรที่ประสงค์ถ่ายโอน ให้กับคณะกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณา ต่อไป

ทั้งนี้ผู้อำนวยการสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ใดประสงค์ถ่ายโอนประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ๐-๕๖๘๐-๓๕๖๙ ต่อ ๕๐๐ (นางสาวธิตติมา วงศ์วัลลภ) ในวันและเวลาราชการ

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

พลตำรวจเอก

(สมศักดิ์ จันทร์พิงค์)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์

แบบสอบถามความประสงค์การถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์
เพิ่มเติมในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

ส่วนที่ ๑

๑.๑ ชื่อสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

..... ที่ตั้ง

ตำบล อำเภอ จังหวัดนครสวรรค์

หมายเลขโทรศัพท์สำนักงาน โทรศัพท์มือถือ.....

๑.๒ จำนวนประชากรในความรับผิดชอบของ สอน. หรือ รพ.สต. จำนวน คน

๑.๓ ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ แล้วหรือไม่

ขึ้นทะเบียนแล้ว

ยังไม่ขึ้นทะเบียน

ส่วนที่ ๒

มีความประสงค์ถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์

ไม่ประสงค์ถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์

เนื่องจาก

.....

ส่วนที่ ๓

๓.๑ ข้อมูลบุคลากร (ทั้งหมด) ของสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จำนวนบุคลากร							
ข้าราชการ (คน)	พนักงานราชการ (คน)	พนักงานกระทรวง สาธารณสุข (คน)	ลูกจ้างชั่วคราว รายเดือน (คน)	ลูกจ้างชั่วคราว รายสัปดาห์ (คน)	ลูกจ้างชั่วคราว รายวัน (คน)	พนักงาน จ้างเหมา บริการ	รวม

๓.๒ ข้อมูลบุคลากร (ที่ประสงค์จะถ่ายโอน) ของสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หมายเหตุ
๑			
๒			
๓			
๔			

/๓.๒ ข้อมูล...(ต่อ)

๓.๒ ข้อมูลบุคลากร (ที่ประสงค์จะถ่ายโอน) ของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หมายเหตุ
๕			
๖			
๗			
๘			
๙			
๑๐			
๑๑			
๑๒			
๑๓			
๑๔			
๑๕			
๑๖			
๑๗			
๑๘			
๑๙			
๒๐			

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

วันที่ / /

แบบแจ้งความประสงค์ขอย้ายโอน/ช่วยราชการ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์
 ภารกิจถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.)
 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สำหรับข้าราชการและลูกจ้าง
 ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ. ๒๕๖๖

เรื่อง ขอแจ้งความประสงค์และยืนยันการถ่ายโอน/ช่วยราชการ สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

เรียน นายกององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์

ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์
 และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๘ ตอนพิเศษ ๒๕๔ ง เมื่อวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ ข้อ ๕ ให้การถ่ายโอน
 บุคลากรของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นไป
 ตามความสมัครใจนั้น

๑. ข้าราชการและลูกจ้างประจำ

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

อัตราตำแหน่ง (จ.๑๘) เลขที่.....ประเภท.....วุฒิ.....
 สาขา.....สำเร็จการศึกษาจาก

ได้รับใบประกอบวิชาชีพสาขา

ปัจจุบันปฏิบัติราชการเป็นการประจำที่..... ตำบล

อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์มือถือ

ในครั้งนี้อำนาจขอแสดงเจตนา ดังนี้

 ขอสมัครใจถ่ายโอน เพื่อปฏิบัติราชการที่

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดนครสวรรค์

 ขอช่วยราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ เป็นระยะเวลา ๑ ปี ที่โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล(ระบุ).....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัดนครสวรรค์ โดยปัจจุบันข้าพเจ้ามีอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นจากงบประมาณต่อเดือนดังนี้

๑. อัตราเงินเดือน ณ วันที่.....บาท

๒. ค่าตอบแทนอื่นจากงบประมาณต่อเดือน

๒.๑ เงินประจำตำแหน่ง (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(ระบุ).....บาท

๓. กบข.%

๔. ค่าเช่าบ้าน (ต่อเดือน).....บาท

๕. ค่าเล่าเรียนบุตร (ต่อภาคการศึกษา).....บาท

รวม.....บาท

/๒.ลูกจ้าง.....

๒. ลูกจ้าง (พทส.)/ลูกจ้างประเภทอื่น

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

อัตราตำแหน่ง (จ.๑๘) เลขที่.....ประเภท.....วุฒิ.....

สาขา.....สำเร็จการศึกษาจาก

ได้รับใบประกอบวิชาชีพสาขา

ปัจจุบันปฏิบัติราชการเป็นการประจำที่.....ตำบล

อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์มือถือ

ในครั้งนี้อำนาจขอแสดงเจตนา ดังนี้

ขอสมัครใจถ่ายโอน เพื่อปฏิบัติราชการที่

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดนครสวรรค์

ขอช่วยราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ เป็นระยะเวลา ๑ ปี ที่โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล(ระบุ).....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัดนครสวรรค์ โดยปัจจุบันข้าพเจ้ามีอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นจากงบประมาณต่อเดือนดังนี้

๑. อัตราเงินเดือน ณ วันที่.....บาท

๒. ค่าตอบแทนอื่นจากงบประมาณต่อเดือน

๒.๑ ค่าตอบแทนอื่น

(โปรดระบุ.....)

(โปรดระบุ.....).....บาท

รวม.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

.....

กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ ได้รับเอกสารและตรวจสอบเบื้องต้น เป็น
เอกสารที่แสดงความประสงค์และลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.๒๕๖๖

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

รายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์

ที่	อำเภอ	รายชื่อ รพ.สต.	ที่	อำเภอ	รายชื่อ รพ.สต.
๑	เมืองนครสวรรค์	รพ.สต.บ้านเกรียงไกร	๓๑	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านซับสำราญ
๒	เมืองนครสวรรค์	รพ.สต.บ้านบึงบอระเพ็ด	๓๒	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านแคทราย
๓	เมืองนครสวรรค์	รพ.สต.บ้านเกาะหงษ์	๓๓	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านหนองใหญ่
๔	เมืองนครสวรรค์	รพ.สต.บ้านท่าทอง	๓๔	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านพุ่มะค่า
๕	เมืองนครสวรรค์	รพ.สต.บ้านหนองแก่ง	๓๕	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านช่องแค
๖	เมืองนครสวรรค์	รพ.สต.บ้านน้ำกลัด	๓๖	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านเขาทอง
๗	เมืองนครสวรรค์	รพ.สต.บ้านวัดไทร	๓๗	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านจันเสนา
๘	เมืองนครสวรรค์	รพ.สต.บ้านบางม่วง	๓๘	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านหนองกระทุ่ม
๙	เมืองนครสวรรค์	รพ.สต.บ้านบึงน้ำใส	๓๙	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านหนองโพเหนือ
๑๐	เมืองนครสวรรค์	รพ.สต.บ้านแก่ง	๔๐	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านป่าดล
๑๑	เมืองนครสวรรค์	รพ.สต.บ้านพระนอน	๔๑	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านพนมรอก
๑๒	เมืองนครสวรรค์	รพ.สต.บ้านหัวครัก	๔๒	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านหัวถนนใต้
๑๓	เมืองนครสวรรค์	รพ.สต.บ้านสันติธรรม	๔๓	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านสายลำโพงเหนือ
๑๔	เมืองนครสวรรค์	รพ.สต.บ้านหนองกระโดน	๔๔	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านวังร่อ
๑๕	เมืองนครสวรรค์	รพ.สต.บ้านหนองปลิง	๔๕	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านห้วยลึก
๑๖	เมืองนครสวรรค์	รพ.สต.บ้านสันพิง	๔๖	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านดึกแก
๑๗	เมืองนครสวรรค์	รพ.สต.บ้านวังไผ่	๔๗	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านเขาถ้อ
๑๘	ชุมแสง	รพ.สต.บ้านชุมแสง	๔๘	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านตะเฒ่าค่าย
๑๙	ชุมแสง	รพ.สต.บ้านท่ากร่าง	๔๙	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านพนมเศษ
๒๐	ชุมแสง	รพ.สต.บ้านลาด	๕๐	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านคลองสองหนอง
๒๑	ชุมแสง	รพ.สต.บ้านสันเนิน	๕๑	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านยางขาว
๒๒	ชุมแสง	รพ.สต.บ้านพันลาน	๕๒	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านเขาทอง
๒๓	ชุมแสง	รพ.สต.บ้านท่าจันทร์	๕๓	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านท่าน้ำอ้อย
๒๔	ชุมแสง	รพ.สต.บ้านต้นโพธิ์	๕๔	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านสระบัว
๒๕	ชุมแสง	รพ.สต.บ้านไผ่สิงห์	๕๕	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านคลองโพธิ์
๒๖	ชุมแสง	รพ.สต.บ้านชะมั่ง	๕๖	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านทรัพย์ไพลย์
๒๗	ชุมแสง	รพ.สต.บ้านดอนสนวน	๕๗	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านเนินทอง
๒๘	ชุมแสง	รพ.สต.บ้านหนองโก	๕๘	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านเกาะเปา
๒๙	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านลำพยนต์	๕๙	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านหนองไผ่
๓๐	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านพุ่มัน	๖๐	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านมาบแก

รายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์

ที่	อำเภอ	รายชื่อ รพ.สต.	ที่	อำเภอ	รายชื่อ รพ.สต.
๖๑	ลาดยาว	รพ.สต.บ้านหนองยาว	๙๑	แม่วงก์	รพ.สต.บ้านหนองไม้
๖๒	ลาดยาว	รพ.สต.บ้านบึงหล่ม	๙๒	ชุมตาบง	รพ.สต.บ้านปางงู
๖๓	ลาดยาว	รพ.สต.บ้านหนองยาง	๙๓	เก้าเลี้ยว	รพ.สต.บ้านท่ากระดิ่งงา
๖๔	ลาดยาว	รพ.สต.บ้านหนองบอนใต้	๙๔	เก้าเลี้ยว	รพ.สต.บ้านหนองเต่าใต้
๖๕	ลาดยาว	รพ.สต.บ้านหนองสังข์	๙๕	เก้าเลี้ยว	รพ.สต.บ้านดงเมืองใต้
๖๖	ลาดยาว	รพ.สต.บ้านหนองโฆม่ง	๙๖	เก้าเลี้ยว	รพ.สต.บ้านหนองแพงพวย
๖๗	ลาดยาว	รพ.สต.บ้านนกกกลาน	๙๗	เก้าเลี้ยว	รพ.สต.บ้านหัวดง
๖๘	ลาดยาว	รพ.สต.บ้านหนองไร่	๙๘	เก้าเลี้ยว	รพ.สต.บ้านเขาติน
๖๙	หนองบัว	รพ.สต.ตำบลบ้านหนองไผ่	๙๙	แม่เปิน	รพ.สต.บ้านแม่กะสี
๗๐	หนองบัว	รพ.สต.บ้านคลองกำลั้ง	๑๐๐	แม่เปิน	รพ.สต.บ้านพนาสวรรค์
๗๑	หนองบัว	รพ.สต.บ้านวังแรด	๑๐๑	แม่เปิน	รพ.สต.บ้านลานหามาโน
๗๒	หนองบัว	รพ.สต.บ้านธารทหาร	๑๐๒	ลาดยาว	รพ.สต.บ้านหนองจิกรี
๗๓	หนองบัว	รพ.สต.บ้านห้วยร่วม	๑๐๓	ลาดยาว	รพ.สต.บ้านโรงสีใหม่
๗๔	หนองบัว	รพ.สต.บ้านหนองคู่	๑๐๔	ชุมตาบง	รพ.สต.บ้านชุมตาบง
๗๕	หนองบัว	รพ.สต.บ้านเกาะแก้ว	๑๐๕	ชุมตาบง	รพ.สต.บ้านหนองจิกทรายมูล
๗๖	หนองบัว	รพ.สต.บ้านห้วยถั่วใต้	๑๐๖	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านไตรคีรี
๗๗	หนองบัว	รพ.สต.บ้านสระงาม	๑๐๗	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านดำรงรักษ์
๗๘	หนองบัว	รพ.สต.บ้านเหมืองแร่	๑๐๘	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านหนองสร้อยทอง
๗๙	หนองบัว	รพ.สต.บ้านโคกสะอาด	๑๐๙	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านใหม่สามัคคี
๘๐	หนองบัว	รพ.สต.ห้วยวารีใต้	๑๑๐	ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านหนองเสลา
๘๑	หนองบัว	รพ.สต.บ้านวังข่อย	๑๑๑	ไพศาลี	รพ.สต.บ้านวังข่อย
๘๒	แม่วงก์	รพ.สต.บ้านคลองน้ำโจน			
๘๓	แม่วงก์	รพ.สต.บ้านดิ่งสูง			
๘๔	แม่วงก์	รพ.สต.บ้านปางขนุน			
๘๕	แม่วงก์	รพ.สต.บ้านวังชาน			
๘๖	แม่วงก์	รพ.สต.บ้านกัลยานิคม			
๘๗	แม่วงก์	รพ.สต.บ้านหนองไผ่			
๘๘	แม่วงก์	รพ.สต.บ้านตลุกข่อยน้ำ			
๘๙	แม่วงก์	รพ.สต.บ้านคลองไพร			
๙๐	แม่วงก์	รพ.สต.บ้านทุ่งสาคร			

คุณสมบัติบุคลากร (เฉพาะราย) ที่ประสงค์ถ่ายโอนมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด นครสวรรค์ ตามมติคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

๑. บุคลากร (เฉพาะราย) ต้นสังกัดมาจาก โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ประสงค์ถ่ายโอน ต้องเคยปฏิบัติราชการ หรือปฏิบัติราชการอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี

๒. บุคลากร (เฉพาะราย) ต้นสังกัดอยู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปปฏิบัติงานที่ส่วนราชการอื่นที่ไม่ใช่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ประสงค์ถ่ายโอนสามารถแสดงประสงค์ถ่ายโอนได้

๓. บุคลากร (เฉพาะราย) ต้นสังกัดมาจาก โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่มีความประสงค์ถ่ายโอนต้องได้รับการอนุญาตจากผู้บังคับบัญชา