



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์

เรื่อง รับถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.)  
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

.....  
ตามประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์  
และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ประกาศ ณ วันที่ ๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔  
เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นอย่าง  
แท้จริงประกอบกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ผ่านการประเมินความพร้อม ในการรับถ่ายโอนสถานี  
อนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษานวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)  
อยู่ในระดับดีเลิศ สามารถรับถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่งในเขตพื้นที่จังหวัด หรือตามท้องที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดแจ้ง  
ความประสงค์ขอรับถ่ายโอน นั้น

เพื่อให้การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี  
(สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นไปอย่างต่อเนื่อง และเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน  
องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์จะรับถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี  
(สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขที่มีความประสงค์  
จะขอถ่ายโอนมายังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ให้ยื่นคำร้อง  
ขอถ่ายโอนมายังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑. กรณีเป็นสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสงค์ถ่ายโอนมาเพิ่มเติมจะต้องมี  
บุคลากรประสงค์ถ่ายโอนมาครบทุกคน หรือเมื่อถ่ายโอนมาแล้วสามารถปฏิบัติงานได้ทันที โดยไม่กระทบกับการ  
บริการประชาชน โดยจัดส่งเอกสารตาม **สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และ ๒**

๒. กรณีเป็นบุคลากร (เฉพาะราย) ที่ประสงค์ถ่ายโอนมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
(รพ.สต.) สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ ต้องมีตำแหน่งที่ว่าง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
ที่ถ่ายโอนมาเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๖๖ และปี พ.ศ. ๒๕๖๗ สามารถตรวจสอบรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
(รพ.สต.) สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ และคุณสมบัติของผู้ถ่ายโอนได้ตามเอกสาร **สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓**

๓. สำหรับข้าราชการ ที่ประสงค์ถ่ายโอน ตามข้อ ๑ และข้อ ๒ ต้องมีเอกสารประกอบคำร้อง  
ขอถ่ายโอน ดังนี้

๓.๑ แบบแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด

๓.๒ สำเนาทะเบียนประวัติข้าราชการ (กพ.๗) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๔. สำหรับพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประเภทอื่น ที่ประสงค์ถ่ายโอนตาม ข้อ ๑ และ  
ข้อ ๒ ต้องมีเอกสารประกอบคำร้องขอถ่ายโอน ดังนี้

๔.๑ แบบแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด

๔.๒ สำเนาสัญญาจ้างจากกระทรวงสาธารณสุข พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๕. ทำหนังสือแจ้งความประสงค์ขอถ่ายโอนพร้อมแบบคำร้องขอถ่ายโอน ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ถึงวันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๗ ณ กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ ในวันและเวลาราชการ หรือส่งไปรษณีย์ ถึงกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ ถนนสวรรค์วิถี ตำบลนครสวรรค์ตก อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ๖๐๐๐๐ โดยยึดวันประทับตราไปรษณีย์เป็นหลัก

๖. องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ จะประกาศรายชื่อ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พร้อมรายชื่อข้าราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.) และลูกจ้างประเภทอื่นที่จะรับถ่ายโอน ในวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๗ ณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ และองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ จะดำเนินการจัดส่งรายชื่อ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และบุคลากรที่ประสงค์ถ่ายโอน ให้กับคณะกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณา ต่อไป

ทั้งนี้ ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และบุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ใดประสงค์ขอถ่ายโอน ประจำปีงบประมาณพ.ศ.๒๕๖๙ สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ๐-๕๖๘๐-๓๕๖๙ ต่อ ๕๐๐ ในวันและเวลาราชการ

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

พลตำรวจเอก



(สมศักดิ์ จันทะพิงค์)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์

แบบสอบถามความประสงค์การถ่ายโอนภารกิจสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี  
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์  
เพิ่มเติมในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ส่วนที่ ๑

๑.๑ ชื่อสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 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

มีความประสงค์ถ่ายโอนภารกิจสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์

ไม่ประสงค์ถ่ายโอนภารกิจสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์

เนื่องจาก .....

.....

ส่วนที่ ๓

๓.๑ ข้อมูลบุคลากร (ทั้งหมด) ของสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จำนวนบุคลากร							
ข้าราชการ (คน)	พนักงานราชการ (คน)	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข (คน)	ลูกจ้างชั่วคราว รายเดือน (คน)	ลูกจ้างชั่วคราว รายสัปดาห์ (คน)	ลูกจ้างชั่วคราว รายวัน (คน)	พนักงานจ้างเหมาบริการ	รวม

๓.๒ ข้อมูลบุคลากร (ที่ประสงค์จะถ่ายโอน) ของสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หมายเหตุ
๑			
๒			
๓			
๔			

๓.๒ ข้อมูลบุคลากร (ที่ประสงค์จะถ่ายโอน) ของสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 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 ๒๕๖๙**

เขียนที่.....

วันที่            เดือน            พ.ศ. ๒๕๖๗

เรื่อง ขอแจ้งความประสงค์และยืนยันการถ่ายโอน/ช่วยราชการ สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

เรียน นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์

ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๘ ตอนพิเศษ ๒๕๕ ง เมื่อวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๔ ข้อ ๕ ให้การถ่ายโอนบุคลากรของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นไปตามความสมัครใจนั้น

**๑. ข้าราชการและลูกจ้างประจำ**

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

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

สาขา.....สำเร็จการศึกษาจาก .....

ได้รับใบประกอบวิชาชีพสาขา .....

ปัจจุบันปฏิบัติราชการเป็นการประจำที่..... ตำบล .....

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

ในครั้งนี้อาพเจ้าขอแสดงเจตนา 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. กบช. ....%

๔. ค่าเช่าบ้าน (ต่อเดือน).....บาท

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

รวม.....บาท

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 เป็นเอกสารที่แสดงความประสงค์และลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.๒๕๖๗

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

รายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์

ที่	อำเภอ	รายชื่อ รพ.สต.	ที่	อำเภอ	รายชื่อ รพ.สต.	ที่	อำเภอ	รายชื่อ รพ.สต.
1	อ.เมือง	รพ.สต.บ้านเกรียงไกร	38	อ.ชุมแสง	รพ.สต.บ้านชะมัง	75	อ.พยุหะคีรี	รพ.สต.บ้านทรัพย์ไพลย์
2	อ.เมือง	รพ.สต.บ้านเกาะหงษ์	39	อ.ชุมแสง	รพ.สต.บ้านชุมแสง	76	อ.พยุหะคีรี	รพ.สต.บ้านท่าน้ำอ้อย
3	อ.เมือง	รพ.สต.บ้านแก่ง	40	อ.ชุมแสง	รพ.สต.บ้านดอนสนวน	77	อ.พยุหะคีรี	รพ.สต.บ้านยางขาว
4	อ.เมือง	รพ.สต.บ้านท่าทอง	41	อ.ชุมแสง	รพ.สต.บ้านต้นโพธิ์	78	อ.พยุหะคีรี	รพ.สต.บ้านสระบัว
5	อ.เมือง	รพ.สต.บ้านน้ำกัลล	42	อ.ชุมแสง	รพ.สต.บ้านท่ากว้าง	79	อ.แม่วงก์	รพ.สต.บ้านกัลยาณิคม
6	อ.เมือง	รพ.สต.บางม่วง	43	อ.ชุมแสง	รพ.สต.บ้านท่าจันทร์	80	อ.แม่วงก์	รพ.สต.บ้านคลองไทร
7	อ.เมือง	รพ.สต.บ้านบึงน้ำใส	44	อ.ชุมแสง	รพ.สต.บ้านไผ่สิงห์	81	อ.แม่วงก์	รพ.สต.บ้านคลองน้ำโจน
8	อ.เมือง	รพ.สต.บ้านบึงบอระเพ็ด	45	อ.ชุมแสง	รพ.สต.บ้านพันลาน	82	อ.แม่วงก์	รพ.สต.บ้านตลิ่งสูง
9	อ.เมือง	รพ.สต.พระนอน	46	อ.ชุมแสง	รพ.สต.บ้านลาด	83	อ.แม่วงก์	รพ.สต.บ้านตลุกข่อยน้ำ
10	อ.เมือง	รพ.สต.บ้านวังไผ่	47	อ.ชุมแสง	รพ.สต.บ้านสันเนิน	84	อ.แม่วงก์	รพ.สต.บ้านทุ่งสาคร
11	อ.เมือง	รพ.สต.บ้านวัดไทร	48	อ.ชุมแสง	รพ.สต.บ้านหนองโก	85	อ.แม่วงก์	รพ.สต.บ้านปางขนุน
12	อ.เมือง	รพ.สต.บ้านสันติธรรม	49	อ.หนองบัว	รพ.สต.บ้านเกาะแก้ว	86	อ.แม่วงก์	รพ.สต.บ้านวังชัน
13	อ.เมือง	รพ.สต.บ้านสันติพิง	50	อ.หนองบัว	รพ.สต.บ้านคลองกำลิ่ง	87	อ.แม่วงก์	รพ.สต.บ้านหนองไผ่
14	อ.เมือง	รพ.สต.บ้านหนองกระโดน	51	อ.หนองบัว	รพ.สต.บ้านโคกสะอาด	88	อ.แม่วงก์	รพ.สต.บ้านหนองไม้
15	อ.เมือง	รพ.สต.บ้านหนองแก่ง	52	อ.หนองบัว	รพ.สต.บ้านธารพหาร	89	อ.ชุมตาบง	รพ.สต.บ้านปางงู
16	อ.เมือง	รพ.สต.หนองปลิง	53	อ.หนองบัว	รพ.สต.บ้านวังข่อย	90	อ.ชุมตาบง	รพ.สต.บ้านชุมตาบง
17	อ.เมือง	รพ.สต.บ้านหัวครึก	54	อ.หนองบัว	รพ.สต.บ้านวังแรด	91	อ.ชุมตาบง	รพ.สต.บ้านหนองจิกทรายมูล
18	อ.ตากคลี	รพ.สต.บ้านเขาทอง	55	อ.หนองบัว	รพ.สต.บ้านสระงาม	92	อ.แม่เปิน	รพ.สต.บ้านแม่กะสี
19	อ.ตากคลี	รพ.สต.บ้านจันเสน	56	อ.หนองบัว	รพ.สต.บ้านหนองคู่	93	อ.แม่เปิน	รพ.สต.บ้านลานหมาโน
20	อ.ตากคลี	รพ.สต.บ้านช่องแค	57	อ.หนองบัว	รพ.สต.บ้านหนองไผ่	94	อ.แม่เปิน	รพ.สต.บ้านพนาสวรรค์
21	อ.ตากคลี	รพ.สต.บ้านป่าตาล	58	อ.หนองบัว	รพ.สต.บ้านห้วยถั่วใต้	95	อ.เก้าเลี้ยว	รพ.สต.บ้านเขาดิน
22	อ.ตากคลี	รพ.สต.บ้านหนองกระทุ่ม	59	อ.หนองบัว	รพ.สต.บ้านห้วยรวม	96	อ.เก้าเลี้ยว	รพ.สต.บ้านดงเมืองใต้
23	อ.ตากคลี	รพ.สต.บ้านหนองโพเหนือ	60	อ.หนองบัว	รพ.สต.บ้านเหมืองแร่	97	อ.เก้าเลี้ยว	รพ.สต.บ้านท่ากระดิ่งงา
24	อ.บรรพตพิสัย	รพ.สต.บ้านคลองสองหนอง	61	อ.หนองบัว	รพ.สต.บ้านห้วยวารีใต้	98	อ.เก้าเลี้ยว	รพ.สต.บ้านหนองเต่าใต้
25	อ.ลาดยาว	รพ.สต.บ้านเกาะเปา	62	อ.ท่าตะโก	รพ.สต.บ้านเขาล้อ	99	อ.เก้าเลี้ยว	รพ.สต.บ้านหนองแพงพวย
26	อ.ลาดยาว	รพ.สต.บ้านนกกกลาง	63	อ.ท่าตะโก	รพ.สต.บ้านตะเข้ค่าย	100	อ.เก้าเลี้ยว	รพ.สต.บ้านหัวดง
27	อ.ลาดยาว	รพ.สต.บ้านบึงหล่ม	64	อ.ท่าตะโก	รพ.สต.บ้านดึกแก	101	อ.ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านแคทราย
28	อ.ลาดยาว	รพ.สต.บ้านมาบแก	65	อ.ท่าตะโก	รพ.สต.บ้านพนมรอก	102	อ.ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านขับสำราญ
29	อ.ลาดยาว	รพ.สต.บ้านหนองโขมง	66	อ.ท่าตะโก	รพ.สต.บ้านพนมเศษ	103	อ.ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านพุ่มเงิน
30	อ.ลาดยาว	รพ.สต.บ้านหนองบอบใต้	67	อ.ท่าตะโก	รพ.สต.บ้านวังรอก	104	อ.ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านพุ่มค่า
31	อ.ลาดยาว	รพ.สต.บ้านหนองไผ่	68	อ.ท่าตะโก	รพ.สต.บ้านสายลำโพงเหนือ	105	อ.ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านลำพยนต์
32	อ.ลาดยาว	รพ.สต.บ้านหนองยาง	69	อ.ท่าตะโก	รพ.สต.บ้านห้วยลึก	106	อ.ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านหนองใหญ่
33	อ.ลาดยาว	รพ.สต.บ้านหนองยาว	70	อ.ท่าตะโก	รพ.สต.บ้านหัวถนนใต้	107	อ.ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านคำรงค์รักษ์
34	อ.ลาดยาว	รพ.สต.บ้านหนองไร่	71	อ.ไพศาลี	รพ.สต.บ้านเนินทอง	108	อ.ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านโคกศรี
35	อ.ลาดยาว	รพ.สต.บ้านหนองสังข์	72	อ.ไพศาลี	รพ.สต.บ้านวังข่อย	109	อ.ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านใหม่สามัคคี
36	อ.ลาดยาว	รพ.สต.บ้านโรงสีใหม่	73	อ.พยุหะคีรี	รพ.สต.บ้านเขาทอง	110	อ.ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านหนองเสลา
37	อ.ลาดยาว	รพ.สต.บ้านหนองจิกรี	74	อ.พยุหะคีรี	รพ.สต.บ้านคลองโพธิ์	111	อ.ตากฟ้า	รพ.สต.บ้านหนองสร้อยทอง



คุณสมบัติบุคลากร (เฉพาะราย) ที่ประสงค์ถ่ายโอนมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์

๑.ปฏิบัติงานอยู่ที่ รพ.สต. และ เลขตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ รพ.สต.

๒.ปฏิบัติงานอยู่ที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) แต่เลขตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ที่ รพ.สต.

๓.ปฏิบัติงานอยู่ที่ รพ.สต. แต่เลขตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)

๔.ปฏิบัติงานและเลขตำแหน่ง (จ.๑๘) อยู่ที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) เคยปฏิบัติงานอยู่ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ก่อนและภายหลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่ องค์การบริหารจังหวัด และย้ายไปปฏิบัติงานอยู่ที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)

๕.กรณีไม่เข้าเงื่อนไขตามข้อ ๑ ถึงข้อ ๔ ต้องได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) เป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น

๖. มีความประสงค์ขอถ่ายโอนมาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์

