หนังสือรับทราบเงื่อนไขการปฏิบัติหน้าที่อยู่ในพื้นที่
ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๓๙/ว ๑๑๔ ลงวันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๕๑

ตามที่ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง
.....ระดับ.....ส่วนราชการ
.....
ได้ส่งเอกสาร ☐ ขอรับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ☐ ขอรับเงินประจำตำแหน่งของตำแหน่ง
.....ระดับ..... .....ส่วนราชการ
.....
.....นั้น

ในการนี้ หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๓๙/ว ๑๑๔ ลงวันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๕๑ เรื่อง การบริหารงานบุคคลในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้ให้นับระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน้าที่ประจำในจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นทวีคูณได้ทุกตำแหน่งและทุกสายงานในทุกกรณีเพื่อประโยชน์ในการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสูงขึ้น (รวมทั้งการขอรับเงินประจำตำแหน่ง) ซึ่งในการเลื่อนระดับสูงขึ้นและการขอรับเงินประจำตำแหน่งของตำแหน่งประเภทวิชาการ ให้ผู้ขอรับการคัดเลือกส่งเอกสารตามแบบที่กำหนดไว้เพื่อแต่งตั้งได้โดยไม่ต้องผ่านการประเมินผลงานทางวิชาการ และตำแหน่งประเภททั่วไป ให้ผู้ขอรับการคัดเลือกส่งเอกสารตามแบบที่กำหนดไว้เพื่อให้ผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นพิจารณาคัดเลือกจากความรู้ความสามารถและผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา แล้วเสนอผู้ว่าราชการจังหวัดแต่งตั้งต่อไป ทั้งนี้ กรณีการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่ไม่สูงกว่าเดิม (การย้าย โอน บรรจุกลับ) ให้พิจารณาคัดเลือกตามหลักเกณฑ์และวิธีการเช่นเดียวกับการเลื่อนระดับสูงขึ้น และในข้อ ๕ ของหนังสือดังกล่าวกำหนดว่า เมื่อได้รับการแต่งตั้งแล้วจะต้องปฏิบัติหน้าที่อยู่ในพื้นที่ต่อไปอีกเป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๒ ปี ห้ามย้าย หรือโอนไปส่วนราชการอื่น

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจในข้อความของหนังสือข้างต้นแล้ว คือ เมื่อได้รับการแต่งตั้งแล้วต้องปฏิบัติหน้าที่อยู่ในพื้นที่ต่อไปอีกเป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๒ ปีนับตั้งแต่วันที่ได้รับแต่งตั้ง โดยไม่สามารถย้ายหรือโอนไปส่วนราชการอื่น

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....