



ที่ ยล 0037.3 / ว ๑ 1444

ศาลากลางจังหวัดฉะเชิงเทรา
ถนนสุขยางค์ ยล 95000

12 มีนาคม 2553

เรื่อง การถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ

อ้างถึง หนังสือจังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ ยล 0037.3/ว 3740 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2552

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสือสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ นร 0107/ว 1176 ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2553

ตามที่จังหวัดฉะเชิงเทราได้แจ้งการถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีสถานีนามัยตั้งอยู่ทราบหลักเกณฑ์การถ่ายโอนสถานีนามัย และหากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดมีความพร้อมตามหลักเกณฑ์การประเมินความพร้อมของกระทรวงสาธารณสุข และประสงค์จะรับถ่ายโอนสถานีนามัยให้รายงานรายชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพร้อมรายชื่อสถานีนามัยที่ประสงค์จะรับถ่ายโอน ส่งให้จังหวัด เพื่อจังหวัดรายงานสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีทราบ ความละเอียดตามหนังสือที่อ้างถึง นั้น

สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีแจ้งว่า มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หลายแห่งประสงค์จะขอรับการถ่ายโอนสถานีนามัยเพิ่มเติม ดังนั้น เพื่อให้การยื่นความประสงค์ขอรับการถ่ายโอนสถานีนามัยเป็นไปตามกำหนดเวลาของกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดฉะเชิงเทราจึงขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งที่มีสถานีนามัยตั้งอยู่ และมีความพร้อมตามหลักเกณฑ์การประเมินความพร้อมในการจัดการด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประสงค์จะรับถ่ายโอนสถานีนามัย ขอให้ดำเนินการดังนี้

1. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำเรื่องที่จะขอรับการถ่ายโอนสถานีนามัยขอรับความเห็นชอบจากสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรอกข้อมูลตามแบบคำร้องที่ส่งมาพร้อมนี้ ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราก่อนวันเริ่มต้นปีงบประมาณไม่น้อยกว่า 180 วัน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และให้รวบรวมข้อมูลรายชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและรายชื่อสถานีนามัยที่ประสงค์จะรับโอน รายงานสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดฉะเชิงเทราภายในวันที่ 30 เมษายน 2553 เพื่อจกรายงานสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีทราบต่อไป

-/...อนึ่ง หากมีข้อสงสัย

อนึ่ง หากมีข้อสงสัย ให้ขอคำแนะนำจากสถานีอนามัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือ
สาธารณสุขจังหวัด ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายอภิชัย ชูธนาวงศ์)
รองผู้ว่าราชการจังหวัดยะลา ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดยะลา

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด
กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น
โทร./โทรสาร 0-7322-2786

“ดำรงธรรมนำไทยใสสะอาด”

จติช



สภาากลางจังหวัดยะลา
2651
23 ก.พ. 2553
สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
ทำเนียบรัฐบาล กทม. ๑๐๓๐๐

☐ จ.บ.ท.
☐ ก.บ.บ.
☒ ก.บ.ค.
☐ ก.บ.ร.
☐ ก.บ.บ.

ที่ นร ๐๑๐๗/๑ ๑๑๗

๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓

ส.ค.บ.ช.ก.
เลขที่ 1865... 14.๓
งานเลขที่ 4111... 4111...
รับวันที่ 8 มี.ค. 2553... 10.15
ลงชื่อ [Signature]

เรื่อง การถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด

อ้างถึง หนังสือสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ นร ๐๑๐๗/ว ๔๒๑๔ ลงวันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๕๒

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบคำร้องขอประเมินความพร้อม จำนวน ๑ ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง ขอความร่วมมือจังหวัดแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่มีสถานีนอนามัยตั้งอยู่ทราบหลักเกณฑ์การถ่ายโอนสถานีนอนามัย และหาก อปท. ใด มีความพร้อมและประสงค์จะรับถ่ายโอนสถานีนอนามัย ให้จังหวัดรวบรวมรายชื่อส่งให้สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๕๒ ซึ่งมีหลายจังหวัดได้แจ้งรายชื่อ อปท. ที่ประสงค์จะรับถ่ายโอนสถานีนอนามัย ให้สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีทราบแล้ว นั้น

สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีได้รับแจ้งจาก อปท. หลายแห่งว่า ประสงค์จะขอรับการถ่ายโอนสถานีนอนามัยเพิ่มเติม ดังนั้น เพื่อให้การยื่นความประสงค์ขอรับการถ่ายโอนสถานีนอนามัย เป็นไปตามกำหนดเวลาของกระทรวงสาธารณสุข จึงขอความกรุณาจังหวัดได้มอบหมายให้ท้องถิ่นจังหวัด แจ้งให้ อปท. ทุกแห่งที่มีสถานีนอนามัยตั้งอยู่ทราบอีกครั้งว่า หากมีความพร้อมตามหลักเกณฑ์การประเมินความพร้อมในการจัดการด้านสาธารณสุขของ อปท. และประสงค์จะรับถ่ายโอนสถานีนอนามัย ขอให้ดำเนินการดังนี้

๑. ให้ อปท. นำเรื่องที่จะขอรับการถ่ายโอนสถานีนอนามัยขอรับความเห็นชอบจากสภา อปท.

๒. ให้ อปท. กรอกข้อมูลตามแบบคำร้องตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ก่อนวันเริ่มต้นปีงบประมาณไม่น้อยกว่า ๑๘๐ วัน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และขอความกรุณา จังหวัดรวบรวมรายชื่อส่งให้สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีทราบด้วย

กรณีมีข้อสงสัยประการใด ให้ขอคำแนะนำจากสถานีนอนามัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือสาธารณสุขจังหวัดแล้วแต่กรณีต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบคุณมาก

ขอแสดงความนับถือ

[Signature]

(นายธีรภัทร สันติเมทนีดล)

รองปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ปฏิบัติราชการแทน

ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจ

ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๒๒๘๐ ๗๓๘๔ - ๕

ตัวอย่าง
แบบคำร้องขอประเมินความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการสาธารณสุข



ที่

(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เจ้าของหนังสือ)

(วัน เดือน ปี)

เรื่อง ขอประเมินความพร้อมเพื่อถ่ายโอนสถานีนามัย

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนารายงานการประชุมสภา.....จำนวน ๑ ชุด
๒. แบบกรอกข้อมูลประกอบการขอประเมินความพร้อม จำนวน ๑ ชุด
๓. อื่น ๆ(ถ้ามี)

ด้วย(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น).....โดยความเห็น
ชอบของสภา(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น).....ในคราวประชุมครั้งที่.....เมื่อ
วันที่.....มีมติให้ถ่ายโอนสถานีนามัยตั้งแต่งบประมาณ.....
โดยรับโอนสถานีนามัย.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอน
การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ทั้งนี้ ได้พิจารณาเกณฑ์การประเมินความพร้อมแล้ว (ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)
.....อยู่ในเกณฑ์ที่จะจัดการสาธารณสุขได้ และเมื่อได้ผ่านเกณฑ์
การประเมินความพร้อมแล้ว จะได้ดำเนินการตามเงื่อนไขต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

นายก.....

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน
(หมายเลขโทรศัพท์/โทรสาร)

**แบบกรอกข้อมูลประกอบการขอประเมินความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ในการจัดการสาธารณสุข**

ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ขอรับการประเมิน.....

๑. สำนักงานตั้งอยู่ที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๒. นายก (ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น).....

ชื่อ-สกุล.....มือถือ.....

E-mail Address :

๓. ข้อมูลพื้นฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓.๑ เขตบริการ ประกอบด้วย.....อำเภอ/ตำบล จำนวนหมู่บ้าน.....หมู่บ้าน มีรายชื่อ

หมู่บ้านที่รับผิดชอบ คือ

.....

.....

.....

๓.๒ ประชากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบัน มีจำนวน.....คน (สำรวจเมื่อ

วันที่.....)

๔. รายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๔.๑ รายได้อันหลัง ๓ ปีงบประมาณไม่รวมปีที่จะประเมินความพร้อม

ปีงบประมาณ	รายได้	เงินอุดหนุนทั่วไป	เงินกู้	รวม
รวมเฉลี่ย				

๔.๒ การใช้รายได้ (ไม่รวมเงินอุดหนุนและเงินกู้เพื่อการสาธารณสุขย้อนหลัง ๓ ปีงบประมาณ โดยไม่นับรวมปีงบประมาณที่จะประเมิน)

ปีงบประมาณ พ.ศ.	รายได้ (บาท)	ใช้จ่ายเพื่อการสาธารณสุข (บาท)
รวม (บาท)		

๔.๓ รายละเอียดการจัดสรรรายได้เพื่อการสาธารณสุข ตามข้อ ๔.๒

จัดสรรเพื่อการใด (ระบุ)	ให้ส่วนราชการหน่วยงานใด (ระบุ)	จำนวนเงิน (บาท)

๕. ประสบการณ์ในการจัดการสาธารณสุขหรือมีส่วนร่วมหรือส่งเสริมสนับสนุนการจัดการสาธารณสุข

๕.๑ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนี้ได้ดำเนินงานจัดการสาธารณสุข

ปีงบประมาณ	กิจกรรมสาธารณสุขที่ อปท. จัด	จำนวนเงิน (บาท)

๕.๒ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนี้มีส่วนร่วมจัดการสาธารณสุข

ปีงบประมาณ	กิจกรรมสาธารณสุขที่ อปท. มีส่วนร่วมจัด	หน่วยงานที่ร่วมจัดกับ อปท.	จำนวนเงิน (บาท)

๕.๓ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนี้ให้การส่งเสริมสนับสนุนการจัดการสาธารณสุข

ปีงบประมาณ	กิจกรรมสาธารณสุขที่ อปท. มีส่วนร่วมจัด	หน่วยงาน อปท. ให้การส่งเสริม/สนับสนุน	จำนวนเงิน (บาท)

๖. รูปแบบวิธีการบริหารจัดการสาธารณสุข เมื่อผ่านการประเมินความพร้อมแล้ว

☐ จัดด้วยตนเอง

☐ จัดโดยร่วมมือกับ.....(ระบุชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้รับรองความถูกต้องของข้อมูล