



ที่ พร 0037.3/ว 2246

ศาลากลางจังหวัดแพร่
ถนนไชยบูรณ์ พร 54000

15 มิถุนายน 2553

เรื่อง การถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เรียน นายอำเภอทุกอำเภอ

อ้างถึง หนังสือจังหวัดแพร่ ที่ พร 0037.3/ว 2453 ลงวันที่ 28 กรกฎาคม 2552

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ตัวอย่างแบบคำร้องขอประเมินความพร้อมฯ จำนวน 1 ฉบับ
2. แบบกรอกข้อมูลประกอบการขอประเมินความพร้อมฯ จำนวน 1 ชุด

ตามที่ได้แจ้งหลักเกณฑ์การประเมินความพร้อมในการจัดการด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยหากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดมีความพร้อมและประสงค์จะรับถ่ายโอนสถานีอนามัย ให้อำเภอรวบรวมรายชื่อตามแบบสำรวจฯ ส่งให้จังหวัดเพื่อแจ้งสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี นั้น

สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีแจ้งว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งประสงค์จะขอรับการถ่ายโอนสถานีอนามัยเพิ่มเติม และเพื่อให้การยื่นความประสงค์ขอรับการถ่ายโอนสถานีอนามัย เป็นไปตามกำหนดเวลาของกระทรวงสาธารณสุข จึงให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งที่มีสถานีอนามัยตั้งอยู่และมีความพร้อม ตามหลักเกณฑ์การประเมินความพร้อมในการจัดการด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประสงค์จะรับถ่ายโอนสถานีอนามัย ให้ดำเนินการตามแนวทางดังนี้

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำเรื่องที่จะขอรับการถ่ายโอนสถานีอนามัยขอรับความเห็นชอบจากสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรอกข้อมูลตามแบบคำร้องขอประเมินความพร้อมเพื่อถ่ายโอนสถานีอนามัย ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ก่อนวันเริ่มต้นปีงบประมาณไม่น้อยกว่า 180 วัน (ภายในเดือนมีนาคม) เพื่อดำเนินการประเมินความพร้อมตามหลักเกณฑ์การประเมินความพร้อมในการจัดการด้านสาธารณสุข
3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งข้อมูลตามแบบคำร้องฯ ส่งให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอรวบรวมส่งสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด ภายในเดือนมีนาคม เพื่อรายงานสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
4. กรณีมีข้อสงสัยประการใดให้ขอคำแนะนำจากสถานีอนามัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหรือสาธารณสุขจังหวัดแล้วแต่กรณี

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายเสรี คำภิรตม์ไม)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดแพร่

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

โทรศัพท์ 0 5453 4504-5, 0 5453 4119 ต่อ 12 โทรสารต่อ 25

www.phraelocal.go.th , E-mail: pre@thailocaladmin.go.th

ตัวอย่าง
แบบคำร้องขอประเมินความพร้อมองค์ประกอบส่วนท้องถิ่นในการจัดการสาธารณสุข



ที่

(ชื่อองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
เจ้าของหนังสือ)

(วัน เดือน ปี)

เรื่อง ขอประเมินความพร้อมเพื่อถ่ายโอนสถานีนามัย

เรียน

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

ด้วย(ชื่อองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น).....โดยความเห็น
ชอบของสภา(ชื่อองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น).....ในคราวประชุมครั้งที่.....เมื่อ
วันที่.....มีมติให้ถ่ายโอนสถานีนามัยตั้งงบประมาณ.....
โดยรับโอนสถานีนามัย.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอน
การกระจายอำนาจให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

ทั้งนี้ ได้พิจารณาเกณฑ์การประเมินความพร้อมแล้ว (ชื่อองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น)
.....อยู่ในเกณฑ์ที่จะจัดการสาธารณสุขได้ และเมื่อได้ผ่านเกณฑ์
การประเมินความพร้อมแล้ว จะได้ดำเนินการตามเงื่อนไขอื่นต่อไป

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 รายได้ย้อนหลัง 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