**ใบสมัครเข้ารับการคัดเลือก**

**เพื่อแต่งตั้งบุคคลเป็นกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร**

**ตำแหน่งผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร**

ติดรูปถ่าย

ขนาดตั้งแต่ ๑ นิ้วขึ้นไป

แต่ไม่เกิน ๒ นิ้ว

บริเวณนี้ ๑ รูป

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ...................................................................

เลขประจำตัวประชาชน.........................................................................................

เลขประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร..........................................

เกิดวันที่.................. เดือน............................... พ.ศ. ................. อายุ.................ปี

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่................................... หมู่ที่.....................................

ตรอก/ซอย............................................... ถนน......................................................

ตำบล/แขวง............................................. อำเภอ/เขต...........................................

จังหวัด..................................................... รหัสไปรษณีย์........................................

โทรศัพท์................................................................... โทรสาร................................................................................

โทรศัพท์เคลื่อนที่...................................................... อีเมล...................................................................................

วุฒิการศึกษาสูงสุด ระดับ......................................................................................................................................

สาขา......................................................................................................................................................................

สถานศึกษา...................................................................................... สำเร็จการศึกษาเมื่อปี พ.ศ. .........................

อาชีพปัจจุบัน............................................................ ตำแหน่ง..............................................................................

สถานที่ทำงาน........................................................................................................................................................

ประสบการณ์การทำงานและผลงานอันเป็นที่ประจักษ์ (หากมีต้องแสดงเอกสารหลักฐาน)................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

มีความประสงค์สมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งบุคคลเป็นกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกัน สุขภาพกรุงเทพมหานคร ตำแหน่งผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร จึงขอยื่นใบสมัครพร้อมเอกสาร และหลักฐานต่าง ๆ ของข้าพเจ้า ดังต่อไปนี้ ต่อผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข............................................. ซึ่งเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขที่ข้าพเจ้าสังกัด

🖵 **รูปถ่าย**ครึ่งตัวหน้าตรง ไม่สวมแว่นตา ไม่สวมหมวก ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกินหกเดือน ขนาดตั้งแต่ ๑ นิ้วขึ้นไปแต่ไม่เกิน ๒ นิ้ว จำนวน ๒ รูป (ให้เขียนชื่อตัวและชื่อสกุล และตำแหน่งที่สมัคร ด้วยตัวบรรจงด้านหลังรูปถ่าย)

🖵 **สำเนาบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร**ที่ยังไม่หมดอายุ จำนวน ๑ ฉบับ

🖵 **สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน** จำนวน ๑ ฉบับ หรือหลักฐานอื่นใดที่ทางราชการออกให้ซึ่งปรากฏรูปถ่าย ชื่อตัวและชื่อสกุล และเลขประจำตัวประชาชน ได้แก่ (ระบุชื่อและจำนวนหน้าของเอกสาร)....................................

....................................................................................................................................................................

🖵 **สำเนาแสดงวุฒิการศึกษา** (ถ้ามี) ได้แก่ (ระบุชื่อและจำนวนหน้าของเอกสาร)..........................................................

....................................................................................................................................................................

🖵 **เอกสารหลักฐานที่แสดงถึงประสบการณ์การทำงานและผลงานอันเป็นที่ประจักษ์** (ถ้ามี)

ได้แก่ (ระบุชื่อและจำนวนหน้าของเอกสาร)..............................................................................................................

....................................................................................................................................................................

🖵 **เอกสารหลักฐานอื่น ๆ** (ถ้ามี) เช่น กรณีชื่อตัวหรือชื่อสกุลในหลักฐานการสมัครเข้ารับการคัดเลือกไม่ตรงกัน เป็นต้น

ได้แก่ (ระบุชื่อและจำนวนหน้าของเอกสาร)..............................................................................................................

....................................................................................................................................................................

โดยข้าพเจ้าขอรับรองว่า

(๑) ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจประกาศสำนักอนามัย เรื่อง รับสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งบุคคลเป็นกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ตำแหน่งผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ลงวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๕ โดยละเอียดตลอดแล้ว และยอมรับข้อกำหนดและเงื่อนไขรวมทั้งจะปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ในประกาศรับสมัครเข้ารับการคัดเลือกดังกล่าวทุกประการ

(๒) ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตรงตามที่กำหนดไว้ในประกาศรับสมัครเข้ารับการคัดเลือกข้างต้นทุกประการ

(๓) ข้าพเจ้าทราบดีว่าเป็นหน้าที่ของข้าพเจ้าเองที่จะต้องตรวจสอบรายละเอียดการสมัครเข้ารับการคัดเลือก ติดตามประกาศกำหนดรายละเอียดและกำหนดการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการคัดเลือก และทราบวัน เวลา และสถานที่ ในการจัดประชุมคัดเลือก

(๔) ข้อความดังกล่าวทั้งหมดในใบสมัครนี้และเอกสารและหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมใบสมัครนี้เป็นความจริง ทุกประการ และข้าพเจ้าทราบดีว่าการจงใจกรอกข้อมูลอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๑๓๗ และอาจถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย

ทั้งนี้ หากปรากฏภายหลังไม่ว่าในช่วงเวลาใดก็ตามว่า ข้าพเจ้าไม่มีคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้าม ตรงตามประกาศรับสมัครเข้ารับการคัดเลือกข้างต้น หรือไม่ได้ปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ในประกาศดังกล่าว หรือมีข้อความใดใบสมัครนี้หรือเอกสารและหลักฐานใดที่ยื่นมาพร้อมใบสมัครนี้เป็นเท็จหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครเข้ารับการคัดเลือกครั้งนี้มาตั้งแต่ต้นและยินยอมให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นผู้สมัครในครั้งนี้ และข้าพเจ้าจะไม่ใช้สิทธิเรียกร้องใด ๆ ทั้งสิ้น

**(สำหรับเจ้าหน้าที่)**

เลขที่รับใบสมัคร.....................................................

วันที่รับ..................................... เวลา..................น.

ชื่อผู้รับ....................................................................

|  |
| --- |
| ลงชื่อ............................................................ผู้สมัคร |
| (............................................................) |
| วันที่........... เดือน........................... พ.ศ. ........... |

**หมายเหตุ** ๑. ผู้สมัครต้องกรอกข้อความลงในใบสมัครนี้ให้ถูกต้องครบถ้วนทุกข้อและลงลายมือชื่อในใบสมัครให้ครบถ้วน หากกรอกข้อความ ไม่ครบถ้วนทุกข้อหรือไม่ตรงตามความเป็นจริง หรือไม่ลงลายมือชื่อในใบสมัครให้ครบถ้วน หรือมีข้อความไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ ไม่ว่าด้วยกรณีใด ใบสมัครจะไม่ได้รับการพิจารณาและผู้สมัครจะไม่มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก กรณีข้อใดไม่มี ให้กรอกว่า “ไม่มี” หรือ “-”

 ๒. สำเนาเอกสารและสำเนาหลักฐานทุกฉบับให้ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกเขียนคำรับรองว่า “สำเนาถูกต้อง” และลงลายมือชื่อรับรองพร้อมทั้งลงชื่อตัวและชื่อสกุลด้วยตัวบรรจงและวัน เดือน ปีที่รับรอง ไว้ที่สำเนาเอกสารและสำเนาหลักฐานนั้น