

ติดรูปถ่าย
๑ นิ้ว หรือ ๒ นิ้ว
บริเวณนี้ ๑ รูป

ใบสมัคร
เข้ารับการสรรหาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในเขตพื้นที่
เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต
ที่มีวาระการดำรงตำแหน่งตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว/นาง.....
เลขประจำตัวประชาชน

มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการสรรหาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในเขตพื้นที่ เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการใน
คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

จึงขอส่งใบสมัครของข้าพเจ้ามายังผู้อำนวยการเขตคลองสามวา

ส่วนที่ ๑ คุณสมบัติ

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามของการเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุน
หลักประกันสุขภาพเขต ดังนี้

๑.๑ คุณสมบัติทั่วไป

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปีบริบูรณ์

๑.๒ ลักษณะต้องห้าม

- (๑) ติดยาเสพติดให้โทษ
- (๒) เป็นบุคคลล้มละลาย
- (๓) เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ วิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- (๔) ต้องคุมขังอยู่โดยหมายของศาลหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมาย
- (๕) ต้องคำพิพากษาให้จำคุกและถูกคุมขังอยู่โดยหมายของศาล
- (๖) ได้รับหรือเคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้
กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- (๗) เป็นบุคคลที่ถูกไล่ออก ปลดออก ให้ออก หรือเลิกจ้างเพราะทุจริตต่อหน้าที่ หรือถือว่ากระทำการ
ทุจริตและประพฤติมิชอบ

๑.๓ คุณสมบัติเฉพาะ

ความรู้ความเชี่ยวชาญ/ประสบการณ์การทำงาน	คุณสมบัติของผู้สมัคร
(๑) ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (๒) ด้านสังคมและการมีส่วนร่วม (๓) ด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกองทุน	(๑) มีความรู้ความเชี่ยวชาญ หรือมีประสบการณ์ การทำงานทางด้านใดด้านหนึ่ง ในเขตพื้นที่ (๒) เป็นผลงานการทำงานตามที่กำหนดไว้ (๑) ในเขตพื้นที่ เป็นที่ประจักษ์

ส่วนที่ ๒ ความรู้ความเชี่ยวชาญ/ประสบการณ์การทำงาน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะสมัครเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในเขตพื้นที่ โดยมีความรู้ความเชี่ยวชาญ หรือ มีประสบการณ์การทำงานด้านใดด้านหนึ่งดังต่อไปนี้ ในเขตพื้นที่ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในกล่องข้อความ โดยผู้สมัครแต่ละท่านสามารถสมัครได้เพียงด้านเดียวเท่านั้น)

- ด้านการแพทย์และสาธารณสุข
- ด้านสังคมและการมีส่วนร่วม
- ด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกองทุน (ระบุ).....

ส่วนที่ ๓ ข้อมูลประวัติ

๓.๑ ข้อมูลทั่วไป

- (๑) คำนำหน้าชื่อ.....
ชื่อ..... นามสกุล.....
- (๒) เกิดวันที่ เดือน..... พ.ศ. อายุ ปี
- (๓) สถานที่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก
 บ้าน ที่ทำงาน (ระบุ).....
เลขที่ หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
ถนน..... ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร.....
โทรศัพท์เคลื่อนที่ (มือถือ) e-mail.....

๓.๒ ประวัติการศึกษา (เรียงจากวุฒิการศึกษาสูงสุดลงไปตามลำดับ)

- (๑) สาขา.....
- (๒) สาขา.....
- (๓) สาขา.....

๓.๓ ประวัติการทำงาน

- (๑) หน้าที่การงานและความรับผิดชอบในปัจจุบัน
- ปัจจุบันปฏิบัติหน้าที่.....
 - สถานที่ปฏิบัติงาน.....
 - งานในความรับผิดชอบ.....
-
-
-
-
-

(๒) การปฏิบัติหน้าที่ในอดีต (โปรดระบุเฉพาะหน้าที่ที่สำคัญ)

ลำดับ	ปฏิบัติหน้าที่	องค์กร	ระยะเวลา การปฏิบัติหน้าที่
๑			
๒			
๓			

(๓) ประสบการณ์สำคัญ ซึ่งแสดงถึงการเป็นที่ยอมรับทางสังคม

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

(๔) ผลงานของข้าพเจ้าอันเป็นที่ประจักษ์ ดังเอกสารหลักฐานที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้ (สนับสนุนการสมัครในสาขาที่เลือก)

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

ส่วนที่ ๔ วิสัยทัศน์ของข้าพเจ้าต่อการเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

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

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาเอกสารและหลักฐานมาพร้อมใบสมัคร ดังนี้

- รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่น ไม่สวมหมวก ขนาด ๑ หรือ ๒ นิ้ว จำนวน ๒ รูป ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานอื่นใดที่ทางราชการออกให้ พร้อมลงนามรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- เอกสารหลักฐานประกอบผลงานอันเป็นที่ประจักษ์ในเขตพื้นที่ที่สนับสนุนการสมัครในด้านนั้น
- อื่น (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกข้างต้นและเอกสารที่แนบมาพร้อมใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ หากมีข้อมูลใดเป็นเท็จหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นผู้สมัครหรือผู้ถูกเสนอชื่อในครั้งนี้

(สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก)	
เลขที่รับ	
วันที่รับ	เวลา.....

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

ส่วนที่ ๕ การส่งใบสมัคร

ยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการรับสมัครทั้งหมด ถึงผู้อำนวยการเขตคลองสามวา

- ส่งด้วยตนเอง ณ ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตคลองสามวา
- จัดส่งทางไปรษณีย์ มาที่ ๑๑๑ สำนักงานเขตคลองสามวา ถนนเลียบบคลองสอง แขวงบางชัน
เขตคลองสามวา กรุงเทพมหานคร ๑๐๕๑๐

โดยถือว่า วัน เวลา ที่ประทับตราบนซองจดหมายของไปรษณีย์ต้นทาง เป็นวัน เวลา ที่ยื่นสมัคร

กำหนดปิดรับใบสมัครวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๖.๐๐ น.

หมายเหตุ หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ที่ ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตคลองสามวา โทร ๐-๒๕๔๘-๐๓๒๑ ต่อ ๕๑๔๐