

# ใบสมัคร

เข้ารับการศึกษาเลือกเป็นผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร  
 ในเขตพื้นที่เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการ  
 กองทุนหลักประกันสุขภาพเขต  
 ที่มีวาระการดำรงตำแหน่งตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑

ติดรูปถ่าย  
 ๑ นิ้ว หรือ ๒ นิ้ว  
 บริเวณนี้ ๑ รูป

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว/นาง.....

เลขประจำตัวประชาชน .....

เลขบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร .....

มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการศึกษาเลือกเป็นผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครในเขตพื้นที่เพื่อ  
 แต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

จึงขอส่งใบสมัครของข้าพเจ้ามายังผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๘ นาควัชรอุทิศ

## ส่วนที่ ๑ เขตพื้นที่ที่สมัคร

.....เขตหนองแขม

(โปรดระบุชื่อเขตพื้นที่ของเขตที่สมัครตามศูนย์บริการสาธารณสุขที่สังกัด โดยผู้สมัครแต่ละท่าน สามารถสมัคร  
 เพียงเขตเดียวเท่านั้น)

## ส่วนที่ ๒ คุณสมบัติ

ข้าพเจ้าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัคร  
 สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๔ ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามของ  
 การเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต ดังนี้

### ๒.๑ คุณสมบัติทั่วไป

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปีบริบูรณ์

### ๒.๒ ลักษณะต้องห้าม

- (๑) ติดยาเสพติดให้โทษ
- (๒) เป็นบุคคลล้มละลาย
- (๓) เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ วิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- (๔) ต้องคุมขังอยู่โดยหมายของศาลหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมาย
- (๕) ต้องคำพิพากษาให้จำคุกและถูกคุมขังอยู่โดยหมายของศาล
- (๖) ได้รับหรือเคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้  
 กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ



(๒) การปฏิบัติหน้าที่ในอดีต (โปรดระบุเฉพาะหน้าที่ที่สำคัญ)

ลำดับ	ปฏิบัติหน้าที่	องค์กร	ระยะเวลา การปฏิบัติหน้าที่
๑			
๒			
๓			

(๓) ประสบการณ์สำคัญ ซึ่งแสดงถึงการเป็นที่ยอมรับทางสังคม (ถ้ามี)

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

(๔) ผลงานของข้าพเจ้าอันเป็นที่ประจักษ์ดังเอกสารหลักฐานที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้ (ถ้ามี)

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

**ส่วนที่ ๔** วิสัยทัศน์ของข้าพเจ้าต่อการเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

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

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาเอกสารและหลักฐานมาพร้อมใบสมัคร ดังนี้

- รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่น ไม่สวมหมวก ขนาด ๑ หรือ ๒ นิ้ว จำนวน ๒ รูปซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน
- สำเนาบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร พร้อมลงนามรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- เอกสารที่แสดงประสบการณ์ทำงาน และผลงานที่เป็นที่ประจักษ์ (ถ้ามี)
- อื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกข้างต้นและเอกสารที่แนบมาพร้อมใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ หากมีข้อมูลใดเป็นเท็จหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นผู้สมัครหรือผู้ถูกเสนอชื่อในครั้งนี้

(สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก)	
เลขที่รับ .....	
วันที่รับ .....	เวลา.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

### ส่วนที่ ๕ การส่งใบสมัคร

ยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการรับสมัครทั้งหมด ถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๘ นาควัชรอุทิศ

- ส่งด้วยตนเอง ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๘ นาควัชรอุทิศ
- จัดส่งทางไปรษณีย์ มาที่ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๘ นาควัชรอุทิศ ๔๐ หมู่ ๑ ถนนเลียบบคลองภาษีเจริญ ฝั่งเหนือ แขวงหนองแขม เขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๖๐ โดยถือว่า วัน เวลา ที่ประทับตราบนซองจดหมายของไปรษณีย์ต้นทาง เป็นวัน เวลา ที่ยื่นสมัคร

**กำหนดปิดรับใบสมัครวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๖.๐๐ น.**

หมายเหตุ หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมสามารถติดต่อได้ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๘ นาควัชรอุทิศ โทร. ๐ ๒ ๔๒๑ ๒๑๔๘ - ๙ ต่อ ๔๐๔ หรือติดต่อฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตหนองแขม โทร. ๐ ๒๔๔๔ ๒๔๑๓ ต่อ ๗๓๑๕