

ใบสมัคร

เข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่
ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการ

กองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

ที่มีวาระการดำรงตำแหน่งตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑

ติดรูปถ่าย

๑ นิ้ว หรือ ๒ นิ้ว

บริเวณนี้ ๑ รูป

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน

มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัด
กรุงเทพมหานคร เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

จึงขอส่งใบสมัครของข้าพเจ้ามายังผู้อำนวยการเขต.....

ส่วนที่ ๑ คุณสมบัติ

ข้าพเจ้าเป็นผู้แทนของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นสถานบริการที่ได้
ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและเป็นสถานบริการที่
ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามของการเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพเขต 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

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ

๒.๑ ข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ

(๑) ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิ.....

(๒) ที่ตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ

เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย..... ถนน.....

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

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

(๓) การให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

๒.๒ การเสนอชื่อผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร

(กรอกข้อมูลเฉพาะกรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นผู้เสนอชื่อ)

มีความประสงค์จะเสนอชื่อ นาย/นาง/นางสาว

ตำแหน่ง..... เป็นผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิ

ในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร เพื่อสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

๒.๓ การรับรองว่าผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อฯ ตามข้อ ๒.๒ เป็นผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว

ตำแหน่ง.....

เป็นผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ.....

มาตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ. จนถึงปัจจุบัน

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจกระทำการแทนหน่วยบริการปฐมภูมิ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ส่วนที่ ๓ ข้อมูลประวัติ

๓.๑ ข้อมูลทั่วไป

(๑) คำนำหน้าชื่อ.....

ชื่อ..... นามสกุล.....

(๒) เกิดวันที่ เดือน..... พ.ศ. อายุปี

(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			

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาเอกสารและหลักฐานที่แนบมาพร้อมใบสมัคร ดังนี้

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกข้างต้นและเอกสารที่แนบมาพร้อมใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ หากมีข้อมูลใดเป็นเท็จหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นผู้สมัครหรือผู้ถูกเสนอชื่อในครั้งนี้

(สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก)	
เลขที่รับ	
วันที่รับ	เวลา.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ส่วนที่ ๔ การส่งใบสมัคร

ยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการรับสมัครทั้งหมด ถึงผู้อำนวยการเขตหลักสี่

- ส่งด้วยตนเอง ณ ๙๙๙ ซอยแจ้งวัฒนะ ๑๐ ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐
- จัดส่งทางไปรษณีย์ มาที่ ๙๙๙ ซอยแจ้งวัฒนะ ๑๐ ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐

โดยถือว่า วัน เวลา ที่ประทับตราบนซองจดหมายของไปรษณีย์ต้นทาง เป็นวัน เวลา ที่ยื่นสมัคร

กำหนดปิดรับใบสมัครวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๖.๐๐ น.

หมายเหตุ หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ที่ ๙๙๙ ซอยแจ้งวัฒนะ ๑๐ ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐