

ติดรูปถ่าย
๑ นิ้ว หรือ ๒ นิ้ว
บริเวณนี้ ๑ รูป

ใบสมัคร
เข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนโรงพยาบาล
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่
เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต
ที่มีวาระการดำรงตำแหน่งตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน

มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ในเขตพื้นที่ เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

จึงขอส่งใบสมัครของข้าพเจ้ามายังผู้อำนวยการเขตพญาไท

ส่วนที่ ๑ คุณสมบัติ

ข้าพเจ้าเป็นผู้แทนโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่ ซึ่งเป็นสถานบริการ
ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามของการเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกัน
สุขภาพเขต 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 ข้อมูลโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒.๑ ข้อมูลโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๑) ชื่อโรงพยาบาล.....

(๒) ที่ตั้งโรงพยาบาล

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

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

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

(๓) การให้บริการของโรงพยาบาล

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

๒.๒ การเสนอชื่อผู้แทนโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่

(กรอกข้อมูลเฉพาะกรณีที่โรงพยาบาลเป็นผู้เสนอชื่อ)

มีความประสงค์จะเสนอชื่อ นาย/นาง/นางสาว

ตำแหน่ง..... เป็นผู้แทนโรงพยาบาลในระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่ เพื่อสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

๒.๓ การรับรองว่าผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อฯ ตามข้อ ๒.๒ เป็นผู้ปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว

ตำแหน่ง.....

เป็นผู้ปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....

.....

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

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจกระทำการแทนโรงพยาบาล

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

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 (ถ้ามี)

.....
.....

(๔) ผลงานของข้าพเจ้าอันเป็นที่ประจักษ์ ดังเอกสารหลักฐานที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้ (ถ้ามี)

.....
.....

ส่วนที่ ๔ วิสัยทัศน์ของข้าพเจ้าต่อการเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

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

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาเอกสารและหลักฐานที่แนบมาพร้อมใบสมัคร ดังนี้

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกข้างต้นและเอกสารที่แนบมาพร้อมใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ หากมีข้อมูลใดเป็นเท็จหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นผู้สมัครหรือผู้ถูกเสนอชื่อในครั้งนี้

(สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก)	
เลขที่รับ
วันที่รับ เวลา.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ส่วนที่ ๕ การส่งใบสมัคร

ยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการรับสมัครทั้งหมด ถึงผู้อำนวยการเขตพญาไท

- ส่งด้วยตนเอง ณ ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม ชั้น ๑ สำนักงานเขตพญาไท ๑๓ ซอยอารีย์ ๒ แขวงพญาไท เขตพญาไท
- จัดส่งทางไปรษณีย์ มาที่ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม ชั้น ๑ สำนักงานเขตพญาไท ๑๓ ซอยอารีย์ ๒ แขวงพญาไท เขตพญาไท ๑๐๔๐๐

โดยถือว่า วัน เวลา ที่ประทับตราบนซองจดหมายของไปรษณีย์ต้นทาง เป็นวัน เวลา ที่ยื่นสมัคร

กำหนดปิดรับใบสมัครวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๖.๐๐ น.

หมายเหตุ หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ที่ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคมชั้น ๑ สำนักงานเขตพญาไท โทร. ๐ ๒๒๗๙ ๔๑๔๑ ต่อ ๖๔๘๔,๖๔๙๐