

# ใบสมัคร

เข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร  
ในเขตพื้นที่ เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการ  
กองทุนหลักประกันสุขภาพเขต  
ที่มีวาระการดำรงตำแหน่งตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑

ติดรูปถ่าย<sup>๑</sup>  
๑ นิ้ว หรือ ๒ นิ้ว  
บริเวณนี้ ๑ รูป

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว/นาง.....

เลขประจำตัวประชาชน .....

เลขบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร .....

มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครในเขตพื้นที่  
เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

จึงขอส่งใบสมัครของข้าพเจ้ามายังผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข.....

## ส่วนที่ ๑ เขตพื้นที่ที่สมัคร

(โปรดระบุชื่อเขตพื้นที่ของเขตที่สมัครตามศูนย์บริการสาธารณสุขที่สังกัด โดยผู้สมัครแต่ละท่าน สามารถสมัคร  
เพียงเขตเดียวเท่านั้น)

## ส่วนที่ ๒ คุณสมบัติ

ข้าพเจ้าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฯ ด้วยอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๔๔ ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม  
ของการเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต ดังนี้

### ๒.๑ คุณสมบัติทั่วไป

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีอายุไม่ต่ำกว่า ๕๐ ปี

### ๒.๒ ลักษณะต้องห้าม

- (๑) ติดยาเสพติดให้โทษ
- (๒) เป็นบุคคลล้มเหลว
- (๓) เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนเมื่อนไร้ความสามารถ วิกฤติ หรือจิตฟันเฟือง ไม่สมประกอบ
- (๔) ต้องคุมขังอยู่โดยหมายของศาลหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมาย
- (๕) ต้องคำพิพากษาให้จำคุกและถูกคุมขังอยู่โดยหมายของศาล
- (๖) ได้รับหรือเคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษารถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้  
กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

(๗) เป็นบุคคลที่ถูกไล่ออก ปลดออก ให้ออก หรือเลิกจ้าง เพราะทุจริตต่อหน้าที่ หรือถือว่ากระทำการทุจริตและประพฤติมิชอบ

### ส่วนที่ ๓ ข้อมูลประวัติ

### ๓.๑ ข้อมูลทั่วไป

(๑) คำนำหน้าชื่อ.....

ชื่อ..... นามสกุล.....

(๒) เกิดวันที่ ..... เดือน..... พ.ศ. .... อายุ ..... ปี

(๓) สถานที่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

บ้าน  ที่ทำงาน (ระบุ).....

เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตروก/ซอย.....

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

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

โทรศัพท์เคลื่อนที่ (มือถือ) ..... e-mail.....

### ๓.๒ ประวัติการศึกษา (เรียงจากวุฒิการศึกษาสูงสุดลงไปตามลำดับ)

(๑) ..... สาขา.....

(๒) ..... 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 วิสัยทัคณ์ของข้าพเจ้าต่อการเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาเอกสารและหลักฐานมาพร้อมใบสมัคร ดังนี้

- รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่น ไม่สวมหมวก ขนาด ๑ หรือ ๒ นิ้ว จำนวน ๒ รูป ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน
- สำเนาบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร พร้อมลงนามรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- เอกสารที่แสดงประสบการณ์ทำงาน และผลงานที่เป็นที่ประจักษ์ (ถ้ามี)
- อื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกข้างต้นและเอกสารที่แนบมาพร้อมใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ หากมีข้อมูลใดเป็นเท็จหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นผู้สมัครหรือผู้ถูกเสนอชื่อในครั้งนี้

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

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

## ส่วนที่ ๕ การส่งใบสมัคร

ยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการรับสมัครทั้งหมด ถึงผู้อำนวยการเขตพะนนคร

- ส่งด้วยตนเอง ณ ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตพะนนคร
- จัดส่งทางไปรษณีย์ มาที่ ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตพะนนคร

เลขที่ ๗๙ ถนนสามเสน แขวงวัดสามพระยา เขตพะนนคร กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๐๐

โดยถือว่า วัน เวลา ที่ประทับตราบนของจดหมายของไปรษณีย์ต้นทาง เป็นวัน เวลา ที่ยื่นสมัคร

**กำหนดปิดรับใบสมัครวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๖.๐๐ น.**

**หมายเหตุ** หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ที่ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม

สำนักงานเขตพะนนคร โทร. ๐-๒๒๔๔-๓๖๖๗