**ใบสมัคร**

ติดรูปถ่าย

๑ นิ้ว หรือ ๒ นิ้ว

บริเวณนี้ ๑ รูป

**เข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนโรงพยาบาล**

**ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่**

**เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต**

**ที่มีวาระการดำรงตำแหน่งตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑**

วันที่............ เดือน........................ พ.ศ. ....................

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

เลขประจำตัวประชาชน ........................................................................................................................................

มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในเขตพื้นที่ เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

จึงขอส่งใบสมัครของข้าพเจ้ามายังผู้อำนวยการเขต.................................................................................

**ส่วนที่ ๑ คุณสมบัติ**

ข้าพเจ้าเป็นผู้แทนโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่ ซึ่งเป็นสถานบริการ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามของการเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต 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 เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

 (๗) เป็นบุคคลที่ถูกไล่ออก ปลดออก ให้ออก หรือเลิกจ้างเพราะทุจริตต่อหน้าที่ หรือถือว่ากระทำการทุจริตและประพฤติมิชอบ

- ๒ -

**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.......................................................................................................... เป็นผู้แทนโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่ เพื่อสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

**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. ............

- ๓ -

**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..................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ๔ -

(๒) การปฏิบัติหน้าที่ในอดีต (โปรดระบุเฉพาะหน้าที่ที่สำคัญ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ปฏิบัติหน้าที่ | องค์กร | ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ |
| ๑ |  |  |  |
| ๒ |  |  |  |
| ๓ |  |  |  |

 (๓) ประสบการณ์สำคัญ ซึ่งแสดงถึงการเป็นที่ยอมรับทางสังคม (ถ้ามี)

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

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

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

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

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

(๔) ผลงานของข้าพเจ้าอันเป็นที่ประจักษ์ ดังเอกสารหลักฐานที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้ (ถ้ามี)

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

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

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

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

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

**ส่วนที่ ๓ วิสัยทัศน์ของข้าพเจ้าต่อการเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต**

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

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

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

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

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

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

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

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

- ๕ -

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 ข้าพเจ้ายินยอมให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นผู้สมัครหรือ ผู้ถูกเสนอชื่อในครั้งนี้

ลงชื่อ............................................................ผู้สมัคร

**(สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก)**

เลขที่รับ ...................................................

วันที่รับ ......................... เวลา.................

ชื่อผู้รับ .................................................... ..................................................................................

(................................................................) .....

 วันที่ ........... เดือน ........................... พ.ศ............

**ส่วนที่ ๔ การส่งใบสมัคร**

**ยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการรับสมัครทั้งหมด ถึงผู้อำนวยการเขตภาษีเจริญ**

🖵 ส่งด้วยตนเอง ณ สำนักงานกองทุนสาขาภาษีเจริญ ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม

 สำนักงานเขตภาษีเจริญ

🖵 จัดส่งทางไปรษณีย์ มาที่ สำนักงานกองทุนสาขาภาษีเจริญ ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม

 สำนักงานเขตภาษีเจริญ เลขที่ ๔๖ ซอยเพชรเกษม ๕๔ แขวงบางหว้า เขตภาษีเจริญ กทม.๑๐๑๖๐

โดยถือว่า วัน เวลา ที่ประทับตราบนซองจดหมายของไปรษณีย์ต้นทาง เป็นวัน เวลา ที่ยื่นสมัคร

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

หมายเหตุ หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ที่.......................................................................

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

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

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