

## ใบสมัคร

เข้ารับการศึกษาเลือกเป็นผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่  
ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานครเพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการ  
กองทุนหลักประกันสุขภาพเขต  
ที่มีวาระการดำรงตำแหน่งตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๖๗ - ๒๕๗๑

ติดรูปถ่าย  
๑ นิ้ว หรือ ๒ นิ้ว  
บริเวณนี้ ๑ รูป

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน .....

มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการศึกษาเลือกเป็นผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัด  
กรุงเทพมหานครเพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

จึงขอส่งใบสมัครของข้าพเจ้ามายังผู้อำนวยการเขต.....

### ส่วนที่ ๑ คุณสมบัติ

ข้าพเจ้าเป็นผู้แทนของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นสถานบริการที่ได้ขึ้น  
ทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและเป็นสถานบริการที่ไม่สังกัด  
กรุงเทพมหานครซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามของการเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุน  
หลักประกันสุขภาพเขต 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 เพื่อสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการ  
กองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

**๒.๓ การรับรองว่าผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อฯ ตามข้อ ๒.๒ เป็นผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ**

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

ตำแหน่ง.....

เป็นผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ.....

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

ภูมิ

ลงชื่อ..... ผู้มีอำนาจกระทำการแทนหน่วยบริการปฐม

(.....)

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			



ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาเอกสารและหลักฐานที่แนบมาพร้อมใบสมัคร ดังนี้

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกข้างต้นและเอกสารที่แนบมาพร้อมใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ หากมีข้อมูลใดเป็นเท็จหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นผู้สมัครหรือผู้ถูกเสนอชื่อในครั้งนี้

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

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
(.....)  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

#### ส่วนที่ ๔ การส่งใบสมัคร

ยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการรับสมัครทั้งหมด ถึงผู้อำนวยการเขต.....

- ส่งด้วยตนเอง ณ .....
  - จัดส่งทางไปรษณีย์ มาที่ .....
- โดยถือว่า วัน เวลา ที่ประทับตราบนซองจดหมายของไปรษณีย์ต้นทาง เป็นวัน เวลา ที่ยื่นสมัคร

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

หมายเหตุ หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ที่.....ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม.....  
.....สำนักงานเขตลาดกระบัง...โทร..๐..๒๓๒๖..๖๒๘๘.....