

## ใบสมัคร

เข้ารับการศึกษาเลือกเป็นผู้แทนองค์กรเอกชนในเขตพื้นที่  
เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต  
ที่มีวาระการดำรงตำแหน่งตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๖๗ - ๒๕๗๑

ติดรูปถ่าย

๑ นิ้ว หรือ ๒ นิ้ว

บริเวณนี้ ๑ รูป

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน .....

มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการศึกษาเลือกเป็นผู้แทนองค์กรเอกชนในเขตพื้นที่เพื่อแต่งตั้งเป็น  
อนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

จึงขอส่งใบสมัครของข้าพเจ้ามายังผู้อำนวยการเขต.....

### ส่วนที่ ๑ คุณสมบัติ

ข้าพเจ้าเป็นผู้แทนองค์กรเอกชนในเขตพื้นที่ ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามของการเป็น  
อนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต ดังนี้

#### ๑.๑ คุณสมบัติทั่วไป

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปีบริบูรณ์

#### ๑.๒ ลักษณะต้องห้าม

- (๑) ตัดยาเสพติดให้โทษ
- (๒) เป็นบุคคลล้มละลาย
- (๓) เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ วิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- (๔) ต้องคุมขังอยู่โดยหมายของศาลหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมาย
- (๕) ต้องคำพิพากษาให้จำคุกและถูกคุมขังอยู่โดยหมายของศาล
- (๖) ได้รับหรือเคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- (๗) เป็นบุคคลที่ถูกไล่ออก ปลดออก ให้ออก หรือเลิกจ้างเพราะทุจริตต่อหน้าที่ หรือถือว่ากระทำการทุจริตและประพฤติมิชอบ

๑.๓ คุณสมบัติเฉพาะ

| ประเภทกิจกรรมขององค์กร   | คุณสมบัติขององค์กร  |
|--|---|
| (ก) งานด้านเด็กและเยาวชน<br>(ข) งานด้านสตรี<br>(ค) งานด้านผู้สูงอายุ<br>(ง) งานด้านคนพิการ หรือผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ด้อยโอกาส<br>(จ) งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น<br>(ฉ) งานด้านผู้ใช้แรงงาน<br>(ช) งานด้านชุมชนแออัด<br>(ซ) งานด้านเกษตรกร<br>(ณ) งานด้านชนกลุ่มน้อย | (๑) ต้องมาจากองค์กรเอกชนที่มีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงหาผลกำไรที่ดำเนินกิจกรรมอย่างน้อยด้านใดด้านหนึ่งในเขตพื้นที่<br>(๒) เป็นองค์กรเอกชนที่เป็นนิติบุคคลหรือไม่เป็นนิติบุคคล และดำเนินงานกิจกรรมในด้านนั้น ๆ มาแล้วไม่น้อยกว่าหนึ่งปี จนถึงวันเปิดรับสมัครคัดเลือก<br>(๓) มีที่ตั้งองค์กรและกรรมการขององค์กร |

ส่วนที่ ๒ ประเภทกิจกรรมที่รับสมัคร

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะสมัครเป็นผู้แทนองค์กรเอกชนที่มีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงหาผลกำไรที่ดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้ ในเขตพื้นที่ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในกล่องข้อความหน้าประเภทกิจกรรมที่สมัคร โดยผู้สมัครแต่ละท่านสามารถสมัครได้เพียงกิจกรรมเดียวเท่านั้น)

- งานด้านเด็กและเยาวชน
- งานด้านสตรี
- งานด้านผู้สูงอายุ
- งานด้านคนพิการ หรือผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ด้อยโอกาส
- งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น
- งานด้านผู้ใช้แรงงาน
- งานด้านชุมชนแออัด
- งานด้านเกษตรกร
- งานด้านชนกลุ่มน้อย

ส่วนที่ ๓ ข้อมูลองค์กรเอกชน

๓.๑ ข้อมูลองค์กรเอกชน

(๑) ชื่อองค์กรเอกชน.....

(๒) สถานภาพขององค์กรเอกชน

ไม่เป็นนิติบุคคล

เป็นนิติบุคคล ประเภท.....

(๓) ที่ตั้งองค์กรเอกชน

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

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

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

(๔) ก่อตั้งเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. .... ณ ปัจจุบันเป็นเวลา..... ปี

จำนวนสมาชิกเมื่อเริ่มก่อตั้ง..... คน จำนวนสมาชิกในปัจจุบัน..... คน

(๕) วัตถุประสงค์ดำเนินกิจกรรมขององค์กรเอกชน

▪

▪

(๖) พื้นที่หลักในการดำเนินงานหรือกิจกรรมขององค์กรเอกชน

(๗) กลุ่มเป้าหมายหลักในการดำเนินงานหรือกิจกรรมขององค์กรเอกชน

(๘) การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพขององค์กรเอกชน

๓.๒ การเสนอชื่อผู้แทนองค์กรเอกชนในเขตพื้นที่(กรอกข้อมูลเฉพาะกรณีที่องค์กรเอกชนเป็นผู้เสนอชื่อ)

มีความประสงค์จะเสนอชื่อนาย/นาง/นางสาว .....

ตำแหน่ง..... เป็นผู้แทนองค์กรเอกชนในเขตพื้นที่

เพื่อสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

๓.๓ การรับรองว่าผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อฯ ตามข้อ ๓.๒ เป็นสมาชิกขององค์กรเอกชน

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่านาย/นาง/นางสาว.....

ตำแหน่ง.....

เป็นสมาชิกขององค์กร.....

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

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจกระทำการแทนองค์กรเอกชน

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....



(๒) การปฏิบัติหน้าที่ในอดีต (โปรดระบุเฉพาะหน้าที่ที่สำคัญ)

| ลำดับ | ปฏิบัติหน้าที่ | องค์กร | ระยะเวลา<br>การปฏิบัติหน้าที่ |
|-------|----------------|--------|-------------------------------|
| ๑     |                |        |                               |
| ๒     |                |        |                               |
| ๓     |                |        |                               |

(๓) ประสบการณ์สำคัญ ซึ่งแสดงถึงการเป็นที่ยอมรับทางสังคม

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

(๔) ผลงานของข้าพเจ้าอันเป็นที่ประจักษ์ ดังเอกสารหลักฐานที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้ (สนับสนุนการสมัคร  
ในสาขาที่เลือก)

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

ส่วนที่ ๕ วิสัยทัศน์ของข้าพเจ้าต่อการเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

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

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาเอกสารและหลักฐานที่แนบมาพร้อมใบสมัคร ดังนี้

- รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่น ไม่สวมหมวก ขนาด ๑ หรือ ๒ นิ้ว จำนวน ๒ รูป ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานอื่นใดที่ทางราชการออกให้ พร้อมลงนามรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาหลักฐานการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล (กรณีองค์กรเอกชนเป็นนิติบุคคล) พร้อมลงนามรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- หนังสือรับรองความมีอยู่และการดำเนินกิจกรรม (กรณีองค์กรเอกชนไม่เป็นนิติบุคคล) จำนวน ๑ ฉบับ
- ภาพถ่ายที่ตั้งสำนักงานองค์กรเอกชน จำนวน ๑ ฉบับ
- รายชื่อกรรมการขององค์กรเอกชน จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของธนาคาร หรือสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของสหกรณ์ หรือหลักฐานอื่น ย้อนหลังหนึ่งปีจนถึงวันเปิดรับสมัคร พร้อมลงนามรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ (ถ้ามี)
- รายงานการประชุม หรือรายงานผลการดำเนินงาน หรือเอกสาร หรือภาพถ่าย หรือหลักฐานอื่นที่แสดงถึงการ ดำเนินกิจกรรมในงานด้านนั้นมาแล้วไม่น้อยกว่าหนึ่งปีจนถึงวันเปิดรับสมัคร หรือหนังสือรับรองว่า ปฏิบัติงานตามนี้มาแล้วไม่น้อยกว่าหนึ่งปีจนถึงวันเปิดสมัครคัดเลือก
- อื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกข้างต้นและเอกสารที่แนบมาพร้อมใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ หากมีข้อมูลใดเป็นเท็จหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นผู้สมัครหรือ ผู้ถูกเสนอชื่อในครั้งนี้

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| (สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก) |           |
| เลขที่รับ .....         |           |
| วันที่รับ .....         | เวลา..... |

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

**ส่วนที่ ๖ 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.....