



ประกาศสำนักงานเขตพญาไท
เรื่อง รับสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งบุคคลเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพเขตพญาไท

ตามประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เรื่อง แต่งตั้ง
คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต พ.ศ. ๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๓ กำหนดให้มี
คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตพญาไท จำนวน ๑๙ คน ปัจจุบันมีอนุกรรมการ
ในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตพญาไท จากตำแหน่งก่อนครบวาระ จำนวน ๒ ตำแหน่ง
และเพื่อสนับสนุนให้การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพของกรุงเทพมหานครเป็นไปอย่างมี
ประสิทธิภาพ สำนักงานเขตพญาไทจึงประกาศรับสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งบุคคลเป็นอนุกรรมการ
ในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตพญาไท โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. ตำแหน่งที่รับสมัครคัดเลือก และจำนวนตำแหน่งว่าง

- ๑.๑ ผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน ๑ คน
- ๑.๒ ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครในเขตพื้นที่ จำนวน ๑ คน

๒. อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

๒.๑ อนุมัติแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ตามข้อ ๖
ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้วงเงินที่คณะกรรมการกองทุนกำหนดและ
เป็นไปตามระเบียบ ประกาศ และหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด

๒.๒ ควบคุมและกำกับดูแลการรับเงิน และการจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจัดทำ
บัญชีหรือทรัพย์สินที่อยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการกองทุน ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
ในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการ
กองทุนกำหนด

๒.๓ กำกับดูแลให้สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่นของรัฐ
องค์กรหรือกลุ่มประชาชน ที่ได้รับอนุมัติให้ใช้จ่ายเงินกองทุน ดำเนินการให้เป็นไปตามแผนงานหรือโครงการ
หรือกิจกรรมที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ และตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด

๒.๔ สนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข
ทั้งที่บ้าน ในชุมชน หรือหน่วยบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

๒.๕ ให้คำแนะนำในการจัดทำข้อมูลและแผนดำเนินการที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขของ
กลุ่มเป้าหมาย หน่วยบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในเขตพื้นที่

๒.๖ จัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานรายรับ รายจ่าย และเงินคงเหลือของกองทุน
ที่อยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการกองทุน เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ให้คณะกรรมการกองทุนทราบ
ภายในเดือนธันวาคมของทุกปี

๒.๗ ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการกองทุนมอบหมาย

๓. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการคัดเลือก

๓.๑ คุณสมบัติทั่วไปและลักษณะต้องห้าม

ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกต้องมีคุณลักษณะทั่วไปและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เรื่อง คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต พ.ศ. ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ดังต่อไปนี้

ก. คุณสมบัติทั่วไป

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปีบริบูรณ์

ข. ลักษณะต้องห้าม

(๑) ดิถยาเสพติดให้โทษ

(๒) เป็นบุคคลล้มละลาย

(๓) เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ วิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือน

ไม่สมประกอบ

(๔) ต้องคุมขังอยู่โดยหมายของศาลหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมาย

(๕) ต้องคำพิพากษาให้จำคุกและถูกคุมขังอยู่โดยหมายของศาล

(๖) ได้รับหรือเคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษ

สำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

(๗) เป็นบุคคลที่ถูกไล่ออก ปลดออก ให้ออก หรือเลิกจ้างเพราะทุจริตต่อหน้าที่

หรือถือว่ากระทำการทุจริตและประพฤติมิชอบ

๓.๒ คุณสมบัติเฉพาะ

ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกต้องมีคุณลักษณะเฉพาะ ตามที่กำหนดไว้ในประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เรื่อง คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต พ.ศ. ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ดังต่อไปนี้

๓.๒.๑ ผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร ต้องเป็นผู้แทนที่มาจากสถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่

๓.๒.๒ ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครในเขตพื้นที่ ต้องเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๔ ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่

๔. การรับสมัครเข้ารับการคัดเลือก

๔.๑ ผู้ที่ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร สามารถสมัครได้ตั้งแต่วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ และกำหนดปิดรับสมัครในเวลา ๑๖.๐๐ น. ของวันสุดท้ายในการเปิดรับสมัคร โดยวิธีการดังต่อไปนี้

๔.๑.๑ สมัครได้ด้วยตนเอง ในวันและเวลาราชการ ณ ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม ชั้น ๑ สำนักงานเขตพญาไท

๔.๑.๒ สมัครทางไปรษณีย์ โดยส่งใบสมัครพร้อมเอกสารและหลักฐานประกอบการสมัครมาที่ สำนักงานเขตพญาไท (ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม) ๑๓ ซอยอารีย์ ๒ ถนนพหลโยธิน แขวงพญาไท เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐

๔.๒ ผู้ที่ประสงค์...

๔.๒ ผู้ที่ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ในเขตพื้นที่ สามารถสมัครได้ตั้งแต่วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ และกำหนด ปิดรับสมัครในเวลา ๑๖.๐๐ น. ของวันสุดท้ายในการเปิดรับสมัคร โดยวิธีการดังต่อไปนี้

๔.๒.๑ สมัครได้ด้วยตนเอง ในวันและเวลาราชการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๑๑ ประดิพัทธ์

๔.๒.๒ สมัครทางไปรษณีย์ โดยส่งใบสมัครพร้อมเอกสารและหลักฐานประกอบการสมัครมาที่ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๑๑ ประดิพัทธ์ ๕๑/๑๓ ซอยประดิพัทธ์ ๗ ถนนประดิพัทธ์ แขวงพญาไท เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐

๕. เอกสารและหลักฐานประกอบการสมัคร

ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือก จะต้องยื่นหรือส่งใบสมัคร โดยต้องกรอกข้อความให้ครบถ้วน ทุกข้อ และลงลายมือชื่อในตอนท้ายของใบสมัครให้ครบถ้วน พร้อมเอกสารและหลักฐานประกอบการสมัคร ดังต่อไปนี้

๕.๑ ผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร

๕.๑.๑ รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่น ไม่สวมหมวก ขนาดหนึ่งนิ้วหรือสองนิ้ว จำนวนสองรูป ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกินหกเดือน

๕.๑.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานอื่นใดที่ทางราชการออกให้ พร้อมลงนามรับรองสำเนา จำนวนหนึ่งฉบับ

๕.๑.๓ สำเนาหลักฐานการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิตามกฎหมาย ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมลงนามรับรองสำเนา จำนวนหนึ่งฉบับ

๕.๒ ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครในเขตพื้นที่

๕.๒.๑ รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่น ไม่สวมหมวก ขนาดหนึ่งนิ้วหรือสองนิ้ว จำนวนสองรูป ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกินหกเดือน

๕.๒.๒ สำเนาบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร พร้อมลงนาม รับรองสำเนา จำนวนหนึ่งฉบับ

๕.๒.๓ เอกสารที่แสดงประสบการณ์ทำงาน และผลงานที่เป็นที่ประจักษ์ (ถ้ามี)

๖. เงื่อนไขการรับสมัคร

๖.๑ ผู้สมัครสามารถสมัครได้เพียงครั้งเดียว (ตำแหน่งเดียว) และเขตเดียวเท่านั้น

๖.๒ ผู้สมัครต้องกรอกข้อความลงในใบสมัครให้ถูกต้องครบถ้วน ตามแบบที่คณะกรรมการ กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครกำหนด

๖.๓ ผู้สมัครจะต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบและรับรองตนเองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติ และไม่มีลักษณะต้องห้ามในการแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

๖.๔ กำหนดปิดรับสมัครในเวลา ๑๖.๐๐ น. ของวันสุดท้ายในการเปิดรับสมัคร หากเกินวันและเวลาที่กำหนด ใบสมัครนั้นจะไม่ได้รับการพิจารณา

๖.๕ ผู้สมัครที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและไม่มีลักษณะต้องห้ามเท่านั้น จึงจะมีสิทธิเข้ารับ การคัดเลือกเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

๗. การประกาศรายชื่อผู้สมัครที่มีสิทธิได้รับการคัดเลือก วัน เวลา และสถานที่คัดเลือก

สำนักงานเขตพญาไท จะประกาศรายชื่อผู้สมัครที่มีสิทธิได้รับการคัดเลือกเป็นผู้แทน
หน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร กำหนดวัน เวลา และสถานที่คัดเลือก ภายในวันที่
๘ มีนาคม ๒๕๖๔ ณ ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตพญาไท และทางเว็บไซต์
www.bangkok.go.th/phayathai

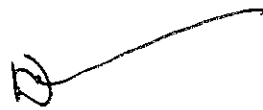
ศูนย์บริการสาธารณสุข ๑๑ ประดิพัทธ์ จะประกาศรายชื่อผู้สมัครที่มีสิทธิได้รับการ
คัดเลือกเป็นผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครในเขตพื้นที่ กำหนดวัน เวลา และสถานที่คัดเลือก
ภายในวันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๔ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๑๑ ประดิพัทธ์ และทางเว็บไซต์
www.bangkok.go.th/healthcenter๑๑

๘. วิธีการคัดเลือก

ดำเนินการคัดเลือกโดยจัดประชุมให้ผู้สมัครที่มีรายชื่อตามข้อ ๗ ในแต่ละตำแหน่ง
คัดเลือกกันเองโดยเปิดเผย ในวัน เวลาและสถานที่ที่กำหนด

ทั้งนี้ สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม ชั้น ๑
สำนักงานเขตพญาไท เบอร์โทร. ๐ ๒๒๗๙ ๔๑๔๑ ต่อ ๖๔๘๔ และศูนย์บริการสาธารณสุข ๑๑ ประดิพัทธ์
เบอร์โทร. ๐ ๒๒๗๑ ๑๑๒๒, ๐ ๒๒๗๘ ๕๕๓๕ และ ๐ ๒๒๗๙ ๖๕๐๖

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๔



(นางเบญญา อินทรวงศ์โชติ)

ผู้อำนวยการเขตพญาไท

ใบสมัคร

เข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่
ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพเขต
ที่มีวาระการดำรงตำแหน่งตั้งแต่ปี พ.ศ..... -.....

ติดรูปถ่าย
๑ นิ้ว หรือ ๒ นิ้ว
บริเวณนี้ ๑ รูป

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน

มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัด
กรุงเทพมหานคร เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

จึงขอส่งใบสมัครของข้าพเจ้ามายังผู้อำนวยการเขต.....

ส่วนที่ ๑ คุณสมบัติ

ข้าพเจ้าเป็นผู้แทนของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นสถานบริการที่ได้
ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและเป็นสถานบริการที่
ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามของการเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพเขต 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 เพื่อสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

๒.๓ การรับรองว่าผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อฯ ตามข้อ ๒.๒ เป็นผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว

ตำแหน่ง.....

เป็นผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ.....

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

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจกระทำการแทนหน่วยบริการปฐม

ภูมิ

(.....)

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			
๔			

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาเอกสารและหลักฐานที่แนบมาพร้อมใบสมัคร ดังนี้

- รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่น ไม่สวมหมวก ขนาด ๑ หรือ ๒ นิ้ว จำนวน ๒ รูป ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานอื่นใดที่ทางราชการออกให้ พร้อมลงนามรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาหลักฐานการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมลงนามรับรองสำเนา จำนวน 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 ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ เวลา ๑๖.๐๐ น.

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

ใบสมัคร

เข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร
ในเขตพื้นที่ เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพเขต
ที่มีวาระการดำรงตำแหน่งตั้งแต่ปี พ.ศ. -

ติดรูปถ่าย
๑ นิ้ว หรือ ๒ นิ้ว
บริเวณนี้ ๑ รูป

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว/นาง

เลขประจำตัวประชาชน

เลขบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครในเขตพื้นที่
เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

จึงขอส่งใบสมัครของข้าพเจ้ามายังผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข.....

ส่วนที่ ๑ เขตพื้นที่ที่สมัคร

(โปรดระบุชื่อเขตพื้นที่ของเขตที่สมัครตามศูนย์บริการสาธารณสุขที่สังกัด โดยผู้สมัครแต่ละท่าน สามารถสมัคร
เพียงเขตเดียวเท่านั้น)

ส่วนที่ ๒ คุณสมบัติ

ข้าพเจ้าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๔ ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม
ของการเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต ดังนี้

๒.๑ คุณสมบัติทั่วไป

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปีบริบูรณ์

๒.๒ ลักษณะต้องห้าม

- (๑) ติดยาเสพติดให้โทษ
- (๒) เป็นบุคคลล้มละลาย
- (๓) เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ วิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- (๔) ต้องคุมขังอยู่โดยหมายของศาลหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมาย
- (๕) ต้องคำพิพากษาให้จำคุกและถูกคุมขังอยู่โดยหมายของศาล
- (๖) ได้รับหรือเคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้
กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

(๒) การปฏิบัติหน้าที่ในอดีต (โปรดระบุเฉพาะหน้าที่ที่สำคัญ)

ลำดับ	ปฏิบัติหน้าที่	องค์กร	ระยะเวลา การปฏิบัติหน้าที่
๑			
๒			
๓			

(๓) ประสบการณ์สำคัญ ซึ่งแสดงถึงการเป็นที่ยอมรับทางสังคม (ถ้ามี)

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

(๔) ผลงานของข้าพเจ้าอันเป็นที่ประจักษ์ ดังเอกสารหลักฐานที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้ (ถ้ามี)

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

ส่วนที่ ๕ วัสดุที่ค้นของข้าพเจ้าต่อการเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

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

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 ถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข

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

กำหนดปิดรับใบสมัครวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ เวลา ๑๖.๐๐ น.

หมายเหตุ หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ที่.....