

ใบสมัคร  
เข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนโรงพยาบาล  
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่  
เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต  
ที่มีวาระการดำรงตำแหน่งตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๗ - ๒๕๖๙

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

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

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

มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่ เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

จึงขอส่งใบสมัครของข้าพเจ้ามาอย่างผู้อำนวยการเขต.....

**ส่วนที่ ๑ คุณสมบัติ**

ข้าพเจ้าเป็นผู้แทนโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่ ซึ่งเป็นสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามของการเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต ดังนี้

**๑.๑ คุณสมบัติทั่วไป**

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีอายุไม่ต่ำกว่าสิบห้าปีบริบูรณ์

**๑.๒ ลักษณะต้องห้าม**

- (๑) ติดยาเสพติดให้โทษ
- (๒) เป็นบุคคลล้มละลาย
- (๓) เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ วิกฤตจิต หรือจิตพิ่มเพื่อน ไม่สมประกอบ
- (๔) ต้องคุณชั้งอยู่โดยหมายของศาลหรือคำสั่งที่ขอบด้วยกฎหมาย
- (๕) ต้องคำพิพากษาให้จำคุกและถูกคุมขังอยู่โดยหมายของศาล
- (๖) ได้รับหรือเคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษางานที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- (๗) เป็นบุคคลที่ถูกไล่ออก ปลดออก ให้ออก หรือเลิกจ้าง เพราะทุจริตต่อหน้าที่ หรือถือว่ากระทำการทุจริตและประพฤติมิชอบ

ก่วนที่ 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..... เป็นผู้แทนโรงพยาบาลในระบบ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่ เพื่อสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการ  
กองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

๒.๓ การรับรองว่าผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อฯ ตามข้อ ๒.๒ เป็นผู้ปฏิบัติงานภายใต้โรงพยาบาลในระบบหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว .....  
ตำแหน่ง..... เป็นผู้ปฏิบัติงานภายใต้โรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....

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

ลงชื่อ..... ผู้มีอำนาจกระทำการแทนโรงพยาบาล

(.....)

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 (ระบบ).....

เลขที่ ..... หน้าที่ ..... ต่ออ ก/ชอย.....

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

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

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

### ๓.๒ ประวัติการศึกษา (เรียงจากวุฒิการศึกษาสูงสุดลงไปตามลำดับ)

(๖) ..... สาขา.....

(๒) ..... สาขา.....

(๓) ..... สาขา.....

### ๓.๓ ประวัติการทำงาน

(๑) หน้าที่การงานและความรับผิดชอบในปัจจุบัน

- ปัจจุบันปฏิบัติน้ำที่.....
  - สถานที่ปฏิบัติงาน.....
  - งานในความรับผิดชอบ.....

(๒) การปฏิบัติหน้าที่ในอดีต (ประรบุเฉพาะหน้าที่ที่สำคัญ)

ลำดับ	ปฏิบัติหน้าที่	องค์กร	ระยะเวลา
๑			การปฏิบัติหน้าที่
๒			
๓			

(๓) ประสบการณ์สำคัญ ซึ่งแสดงถึงการเป็นที่ยอมรับทางสังคม (ถ้ามี)

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

(๔) ผลงานของข้าพเจ้าอันเป็นที่ประจักษ์ ดังเอกสารหลักฐานที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้ (ถ้ามี)

---

---

---

---

ส่วนที่ ๓ วิสัยทัคค์ของข้าพเจ้าต่อการเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการนักเรียนนักศึกษาของทุกหลักประกันสุขภาพเขต

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาเอกสารและหลักฐานที่แนบมาพร้อมใบสมัคร ดังนี้

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกข้างต้นและเอกสารที่แนบมาพร้อมใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ  
หากมีข้อมูลใดเป็นเท็จหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นผู้สมัครหรือ  
ผู้ถูกเสนอชื่อในครั้งนี้

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

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

#### ส่วนที่ ๔ การส่งใบสมัคร

ยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการรับสมัครทั้งหมด ถึงผู้อำนวยการเขต.....

- ส่งด้วยตนเอง .....
- จัดส่งทางไปรษณีย์ มาที่ .....

โดยถือว่า วัน เวลา ที่ประทับตราบนของจดหมายของไปรษณีย์ต้นทาง เป็นวัน เวลา ที่ยื่นสมัคร

กำหนดปิดรับใบสมัครวันที่ ๓ กันยายน ๒๕๖๒ เวลา ๑๖.๐๐ น.

หมายเหตุ หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ที่.....