

## ใบสมัคร

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

ติดรูปถ่าย  
๑ นิ้ว หรือ ๒ นิ้ว  
บริเวณนี้ ๑ รูป

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน .....

มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการศึกษาเลือกเป็นผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัด  
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.....ผู้มีอำนาจกระทำการแทนหน่วยบริการปฐมภูมิ

(.....)

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 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 ..... เวลา ๑๖.๐๐ น.**

หมายเหตุ หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ที่.....

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