ใบสมัคร
เข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนโรงพยาบาล
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่
เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต
ที่มีวาระการดำรงตำแหน่งตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕

ติดรูปถ่าย
๑ นิ้ว หรือ ๒ นิ้ว
บริเวณนี้ ๑ รูป

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน .....

มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่ เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

จึงขอส่งใบสมัครของข้าพเจ้ามายังผู้อำนวยการเขต.....

ส่วนที่ ๑ คุณสมบัติ

ข้าพเจ้าเป็นผู้แทนโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่ ซึ่งเป็นสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามของการเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต 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 เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

(๗) เป็นบุคคลที่ถูกไล่ออก ปลดออก ให้ออก หรือเลิกจ้างเพราะทุจริตต่อหน้าที่ หรือถือว่ากระทำการทุจริตและประพฤติมิชอบ

ส่วนที่ 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..... เป็นผู้แทนโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่ เพื่อสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

๒.๓ การรับรองว่าผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อฯ ตามข้อ ๒.๒ เป็นผู้ปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

ตำแหน่ง.....

เป็นผู้ปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....

.....

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 (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	ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่
๑			
๒			
๓			

(๓) ประสบการณ์สำคัญ ซึ่งแสดงถึงการเป็นที่ยอมรับทางสังคม (ถ้ามี)

.....

.....

.....

.....

.....

(๔) ผลงานของข้าพเจ้าอันเป็นที่ประจักษ์ ดังเอกสารหลักฐานที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้ (ถ้ามี)

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ ๓ วิสัยทัศน์ของข้าพเจ้าต่อการเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาเอกสารและหลักฐานที่แนบมาพร้อมใบสมัคร ดังนี้

☐ รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่น ไม่สวมหมวก ขนาด ๑ หรือ ๒ นิ้ว จำนวน ๒ รูป ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานอื่นใดที่ทางราชการออกให้ พร้อมลงนามรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

☐ สำเนาหลักฐานการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 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 ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๖.๐๐ น.

หมายเหตุ หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ที่.....

.....

.....

.....