

ใบสมัคร

เข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร
ในเขตพื้นที่ เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพเขต
ที่มีวาระการดำรงตำแหน่งตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕

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

ข้าพเจ้าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข
ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๔ ที่ปฏิบัติงาน
ในเขตพื้นที่ ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ของการเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพเขต ดังนี้

๒.๑ คุณสมบัติทั่วไป

- มีสัญชาติไทย
- มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปีบริบูรณ์

๒.๒ ลักษณะต้องห้าม

- ติดยาเสพติดให้โทษ
- เป็นบุคคลล้มละลาย
- เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ วิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- ต้องคุมขังอยู่โดยหมายของศาลหรือคำสั่งที่ช่วยด้วยกฎหมาย
- ต้องคำพิพากษาให้จำคุกและถูกคุมขังอยู่โดยหมายของศาล
- ได้รับหรือเคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้
กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

(๒) การปฏิบัติหน้าที่ในอดีต (โปรดระบุเฉพาะหน้าที่ที่สำคัญ)

ลำดับ	ปฏิบัติหน้าที่	องค์กร	ระยะเวลา การปฏิบัติหน้าที่
๑			
๒			
๓			

(๓) ประสบการณ์สำคัญ ซึ่งแสดงถึงการเป็นที่ยอมรับทางสังคม (ถ้ามี)

.....

.....

.....

.....

.....

(๔) ผลงานของข้าพเจ้าอันเป็นที่ประจักษ์ ดังเอกสารหลักฐานที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้ (ถ้ามี)

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ ๔ วิสัยทัศน์ของข้าพเจ้าต่อการเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 ๑๙ วงศ์สว่าง

- ส่งด้วยตนเอง ณงานอนามัยชุมชน อาคาร ๔ ชั้น ๒ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๑๙ วงศ์สว่าง.....

ในวันและเวลาราชการ

- จัดส่งทางไปรษณีย์ มาที่งานอนามัยชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข ๑๙ วงศ์สว่าง เลขที่ ๒๗๕

ถ.วงศ์สว่าง แขวงวงศ์สว่าง เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ ๑๐๘๐๐.....

โดยถือว่า วัน เวลา ที่ประทับตราบนซองจดหมายของไปรษณีย์ต้นทาง เป็นวัน เวลา ที่ยื่นสมัคร

กำหนดปิดรับใบสมัครวันที่ ๓ กันยายน ๒๕๖๒ เวลา ๑๖.๐๐ น.

หมายเหตุ หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ที่

.....งานอนามัยชุมชน โทร. ๐๒ ๙๑๐ ๗๓๑๔ ต่อ ๔๒๐.....

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

