

ใบสมัครผู้ทรงคุณวุฒิ เข้ารับการเลือกเป็นกรรมการสุขภาพแห**่งชาติ**

พ.ศ. ๒๕๖๒

	วันที่เดือน	พ.ศ	
ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว			
มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการ	รเลือกเป็นกรรมการสุขภาพแห ่ งร	ชาติ จึงขอส [่] งใบสมัครของข้าพเจ [้] ามาย	ยังประธานคณะ
กรรมการสรรหา			

ส่วนที่ ๑ คุณสมบัติ

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิที่จะเข้ารับการเลือกเป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติครบถ้วน ดังนี้

๑. คุณสมบัติทั่วไป

- ๑) มีสัญชาติไทย
- ๒) มีอายุไม่ต่ำกวายี่สิบปีบริบูรณ์ ณ วันที่สมัคร
- ๓) ไม่เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
- ๔) ไม่ติดยาเสพติดให้โทษ
- ๕) ไม่เคยถูกลงโทษไล่ออก ปลดออก เลิกจ้าง หรือพ้นจากตำแหน่ง เพราะเหตุจากการทุจริตหรือประพฤติมิชอบ
- b) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก ไม่ว่าจะถูกจำคุกจริงหรือไม่ก็ตาม เว้นแต่เป็นโทษ สำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

๒. คุณสมบัติเฉพาะ

- ๑) ไม[่]เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขตามนิยามในพระราชบัญญัติสุขภาพแห[่]งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐
- ๒) มีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า ๑๐ ปี

ส่วนที่ ๒ การแสดงเจตนาสมัครเข้ากลุ่มิ
ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะสมัครเป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้ทรงคุณวุฒิในกลุ่ม
□กลุ่มบริหาร นโยบายสาธารณะ รัฐศาสตร์ นิติศาสตร์
□กลุ่มธุรกิจ บริหารธุรกิจ เศรษฐศาสตร์
□กลุ่มสื่อสารมวลชน เทคโนโลยีสารสนเทศ
□กลุ่มพัฒนาประชาชนกลุ่มเป [้] าหมายเฉพาะ
□กลุ่มการพัฒนาสังคมและชุมชนท้องถิ่น
หมายเหตุ ผู้ทรงคุณวุฒิสามารถสมัครได้กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งใน ๖ กลุ่มนี้ เท่านั้น ส่วนที่ ๓ ข้อมูลยืนยันตัวตนของผู้สมัครเพื่อเข้าสู่ระบบการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติแบบอิเล็กทรอนิกส์ ๑. เลขบัตรประชาชน ๑๓ หลัก
รหัสผ่าน (Password)
๑. กรุณากำหนดรหัสผ [่] าน (Password) ของท [่] านเพื่อยืนยันตัวตนเข [้] าสู่ระบบสมัคร
๒. กำหนดรหัสผ [่] าน (Password) เป็นตัวอักษรภาษาอังกฤษ และมีตัวเลขด้วย รวมกันจำนวน
๘ ตัวอักษร

. สวนที่ ๔ ข้อมูลประวัติ

ลำดับ	ปฏิบัติหน	เ้าที่	องค์กร	ระยะเวลา การปฏิบัติหน ้ าที่		
การปฏิ	าุ๊บัติหน [้] าที่ในอดีต (โปรดระ	ะบุเฉพาะหน [้] าที่ที่สำคัญ	ູນ)			
		U				
	งานในความรับผิดชอ					
	สถานที่ปฏิบัติงาน					
	ปัจจุบันปฏิบัติหน [้] าที่					
(a)	หน้าที่การงานและความรั	ับผิดชอบในปัจจุบัน				
ประวัติ	าิการทำงาน					
โท:	รศัพท์	โทรศัพท์เคลื่อนที่ (มือถือ)				
อำ	เภอ/เขต	จังหวัดรหัสไปรษณีย์รหัสไปรษณีย์				
	นน ตำบล/แขวง					
เลข	ขที่หมู่ท็	วีตา	วอก/ซอย			
	สถานที่ที่สามารถติดต่อได้		I,YI			
	เพศ 🔲 ชาย 🔲 หญิง			ปี		
				a		
ŕ						
	× 1					

ම		
តា		

๓) ประสบการณ์สำคัญหรือประสบการณ์ที่ภาคภูมิใจที่สัมพันธ์กับประเภทกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิที่เลือกสมัคร

ส่วนที่ ๕ วิสัยทัศน์ของข้าพเจ้าต่อการพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาเอกสารหรือหลักฐานที่แนบมาพร้อมใบสมัคร

- / สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- / รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาดำ ดำ ฉากพื้นหลังไม่มีลวดลาย ซึ่งถ่ายมาแล้ว ไม่เกิน ๖ เดือน
- / เอกสารสรุปผลงานอันเป็นที่ประจักษ์ ที่สอดคล้องกับประเภทกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิที่เลือกสมัคร (ไม่เกิน ๒ หน้ากระดาษ A 4) พิมพ์โดยใช้ตัวอักษรขนาดไม่ต่ำกว่า ๑๖

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกข้างต้น และเอกสารที่แนบมาพร้อมใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ หากมีข้อมูลใดเป็นเท็จหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถูกตัดสิทธิ์จากการเป็นผู้สมัครหรือผู้ถูกเสนอชื่อในครั้งนี้