

**ใบสมัคร**

**เข้ารับการสรรหาเป็นกรรมการเขตสุขภาพ
เพื่อประชาชน**

ติดรูปถ่าย

บริเวณนี้ ๑ รูป

แบบ สช./ใบสมัคร กขป./๒๕๖๘

**ที่มีวาระการดำรงตำแหน่งตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๘ – พ.ศ. ๒๕๗๒**

วันที่ .................... เดือน ................................. พ.ศ. ......................

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

มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการสรรหาเป็นกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

จึงขอส่งใบสมัครของข้าพเจ้ามายังประธานคณะกรรมการสรรหา

**ส่วนที่ ๑ เขตพื้นที่ที่สมัคร**

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในกล่องข้อความหน้าข้อของเขตที่สมัคร โดยผู้สมัครแต่ละท่าน สามารถสมัครได้เพียงเขตเดียวเท่านั้น)

|  |  |
| --- | --- |
| **🖵** | เขตที่ ๑ ประกอบด้วยจังหวัดเชียงราย น่าน พะเยา แพร่ เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน |
| **🖵** | เขตที่ ๒ ประกอบด้วยจังหวัดตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์ |
| **🖵** | เขตที่ ๓ ประกอบด้วยจังหวัดชัยนาท กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี |
| **🖵** | เขตที่ ๔ ประกอบด้วยจังหวัดนนทบุรี ปทุมฯ อยุธยา สระบุรี ลพบุรีสิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก |
| **🖵** | เขตที่ ๕ ประกอบด้วยจังหวัดกาญจนบุรี นครปฐม ราชบุรี สุพรรณบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร |
| **🖵** | เขตที่ ๖ ประกอบด้วยจังหวัดฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว สมุทรปราการ จันทบุรี ชลบุรี ตราด ระยอง |
| **🖵** | เขตที่ ๗ ประกอบด้วยจังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด |
| **🖵** | เขตที่ ๘ ประกอบด้วยจังหวัดบึงกาฬ เลย หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี นครพนม สกลนคร |
| **🖵** | เขตที่ ๙ ประกอบด้วยจังหวัดชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ |
| **🖵** | เขตที่ ๑๐ ประกอบด้วยจังหวัดมุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลฯ อำนาจเจริญ |
| **🖵** | เขตที่ ๑๑ ประกอบด้วยจังหวัดชุมพร นครศรีฯ สุราษฎร์ฯ กระบี่ พังงา ภูเก็ต ระนอง |
| **🖵** | เขตที่ ๑๒ ประกอบด้วยจังหวัดพัทลุง ตรัง นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล |
| **🖵** | เขตที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร |

**ส่วนที่ ๒ คุณสมบัติ**

 ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการสรรหาเป็นกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนในประเภทและสาขาที่สมัครครบถ้วน ดังนี้

**๒.๑ คุณสมบัติตามข้อ ๙ แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๙**

|  |
| --- |
| (๑) มีสัญชาติไทย |
| (๒) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปี |
| (๓) ไม่เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ |
| (๔) ไม่ติดยาเสพติดให้โทษ |
| (๕) ไม่เคยถูกลงโทษไล่ออก ปลดออก เลิกจ้าง หรือพ้นจากตำแหน่ง เพราะเหตุจากการทุจริตหรือประพฤติมิชอบ |
| (๖) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก ไม่ว่าจะถูกจำคุกจริงหรือไม่ก็ตาม เว้นแต่เป็นโทษ สำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ |

**๒.๒ คุณสมบัติเฉพาะ**

|  **ประเภทและสาขาที่รับสมัคร** | **คุณสมบัติของผู้สมัคร** | **เกณฑ์การพิจารณา** |
| --- | --- | --- |
| **๒.๒.๑ ประเภทผู้แทนองค์กร กลุ่ม ชมรม สมาคม หรือเครือข่าย** | 1. มีความรู้ความเชี่ยวชาญ หรือมี

ประสบการณ์ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสาขาที่สมัคร ในเขตพื้นที่ โดยมีผลงานเป็นที่ประจักษ์  (๒) เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ (๓) เป็นผู้แทนที่ได้รับการเสนอชื่อ  จากองค์กร กลุ่ม ชมรม สมาคม  หรือเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง |  เพื่อให้กรรมการที่ได้รับการคัดเลือก เป็นผู้มีคุณสมบัติเหมาะสม จึงให้กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาในประเด็นหลัก ๓ ประเด็น ดังนี้(๑) ความรู้ความสามารถ (๒) ประสบการณ์การทำงานในเขตพื้นที่ (๓) การเป็นที่ยอมรับทางสังคม |
| ๑) ผู้แทนสถาบันอุดมศึกษาที่จัดการศึกษาด้านสุขภาพ |
| ๒) ผู้แทนบุคลากรสาธารณสุข |
| 1. ผู้แทนกลุ่ม เครือข่าย หรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ที่ดำเนินงานด้านต่าง ๆ ดังนี้

๓.๑) ด้านสตรี ๓.๒) ด้านคนพิการ ๓.๓) ด้านผู้สูงอายุ ๓.๔) ด้านเด็กและเยาวชน ๓.๕) ด้านคุ้มครองผู้บริโภค ๓.๖) ด้านสิ่งแวดล้อม ๓.๗) ด้านอื่นๆ ที่เหมาะสมกับพื้นที่ |
| ๔) ผู้แทนกลุ่มเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข |
| ๕) ผู้แทนกลุ่ม เครือข่าย หรือองค์กรสื่อมวลชน |
| ๖) ผู้แทนสถานพยาบาลเอกชน |
| ๗) ผู้แทนกลุ่มชมรม สมาคม เครือข่ายร้านยา |
| **๒.๒.๒ ประเภทผู้ทรงคุณวุฒิ** | * + - 1. มีความรู้ความเชี่ยวชาญ หรือมีประสบการณ์ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสาขาที่สมัคร ในเขตพื้นที่ โดยมีผลงานเป็นที่ประจักษ์
			2. เป็นผู้ที่พำนักหรือปฏิบัติงานหรือเคยปฏิบัติงานในเขตพื้นที่
 |
| ประกอบด้วย ๖ สาขา ดังนี้ ๑.) ด้านนโยบายสาธารณะ รัฐศาสตร์ หรือนิติศาสตร์ ๒) ด้านบริหาร หรือเศรษฐศาสตร์ ๓) ด้านสื่อสารมวลชน ๔) ด้านพัฒนาสังคมและชุมชนท้องถิ่น ๕) ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น ๖) ด้านพัฒนาประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ |

**ส่วนที่ ๓ ประเภทและสาขาที่สมัคร**

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะสมัครเป็นกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ในประเภทและสาขา คือ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในกล่องข้อความหน้าข้อของสาขาที่สมัคร โดยผู้สมัครแต่ละท่าน สามารถสมัครได้เพียงประเภทและสาขาเดียวเท่านั้น)

 **๓.๑ ประเภทผู้แทนองค์กร กลุ่ม ชมรม สมาคม หรือเครือข่าย (โปรดกรอกข้อมูลตอบในส่วนที่๔)**

|  |  |
| --- | --- |
| **🖵** | ๑) ผู้แทนสถาบันอุดมศึกษาที่จัดการศึกษาด้านสุขภาพ |
| **🖵** | ๒) ผู้แทนบุคลากรสาธารณสุข  |
|  | ๓) ผู้แทนกลุ่ม เครือข่าย หรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ที่ดำเนินงานด้านต่าง ๆ ดังนี้ **🖵** ๓.๑) ด้านสตรี **🖵** ๓.๒) ด้านคนพิการ **🖵** ๓.๓) ด้านผู้สูงอายุ **🖵** ๓.๔) ด้านเด็กและเยาวชน **🖵** ๓.๕) ด้านคุ้มครองผู้บริโภค **🖵** ๓.๖) ด้านสิ่งแวดล้อม **🖵** ๓.๗) ด้านอื่นๆ โปรดระบุ .................................................................................................. |
| **🖵** | ๔) ผู้แทนกลุ่มเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข |
| **🖵** | ๕) ผู้แทนกลุ่ม เครือข่าย หรือองค์กรสื่อมวลชน |
| **🖵** | ๖) ผู้แทนสถานพยาบาลเอกชน |
| **🖵** | ๗) ผู้แทนกลุ่มชมรม สมาคม เครือข่ายร้านยา |

**๓.๒ ประเภทผู้ทรงคุณวุฒิ เลือกสมัครในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง (ไม่ต้องตอบส่วนที่ ๔)**

|  |  |
| --- | --- |
| **🖵** | ๑) ด้านนโยบายสาธารณะ รัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ |
| **🖵** | ๒) ด้านบริหาร หรือเศรษฐศาสตร์ |
| **🖵** | ๓) ด้านสื่อสารมวลชน |
| **🖵** | ๔) ด้านพัฒนาสังคมและชุมชนท้องถิ่น |
| **🖵** | ๕) ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น |
| **🖵** | ๖) ด้านพัฒนาประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เป็นต้น  |
|  |  |

**ส่วนที่ ๔ การเป็นผู้แทนกลุ่ม องค์กร ชมรม สมาคม หรือเครือข่าย
 (เฉพาะผู้สมัครในประเภทผู้แทนองค์กร กลุ่ม ชมรม สมาคม หรือเครือข่าย ตามข้อ ๓.๑)**

๔.๑ ข้อมูลขององค์กร กลุ่ม ชมรม สมาคม เครือข่าย

๑) ชื่อองค์กร กลุ่ม ชมรม สมาคม เครือข่าย ...............................................................................................

๒) สถานภาพขององค์กร กลุ่ม ชมรม สมาคม เครือข่าย

**🖵** ไม่เป็นนิติบุคคล

**🖵** เป็นนิติบุคคล ประเภท..............................................................................................................

1. ที่ตั้งองค์กร กลุ่ม ชมรม เครือข่าย

เลขที่.......................หมู่ที่..............ซอย............................................ ถนน.....................................
ตำบล/แขวง..................................อำเภอ/เขต.................................. จังหวัด.....................................รหัสไปรษณีย์.................................. โทรศัพท์..................................... โทรสาร.................................

1. ก่อตั้งเมื่อวันที่................... เดือน............................ พ.ศ. ................ ณ ปัจจุบันเป็นเวลา................... ปีจำนวนสมาชิกเมื่อเริ่มก่อตั้ง................................... คน จำนวนสมาชิกในปัจจุบัน............................. คน
2. วัตถุประสงค์ดำเนินกิจกรรมขององค์กร กลุ่ม ชมรม สมาคม หรือเครือข่าย

๕.๑) ........................................................................................................................................

๕.๒) ........................................................................................................................................

1. พื้นที่หลักในการดำเนินงานหรือกิจกรรม ขององค์กร กลุ่ม ชมรม หรือเครือข่าย...............................................................................................................................................
2. กลุ่มเป้าหมายหลักในการดำเนินงานหรือกิจกรรม ขององค์กร กลุ่ม ชมรม หรือเครือข่าย

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

1. การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ[[1]](#footnote-1)ขององค์กร กลุ่ม ชมรม สมาคม หรือเครือข่าย

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

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

๔.๒ องค์กร กลุ่ม ชมรม สมาคม หรือเครือข่าย ประสงค์จะเสนอชื่อ นาย/นาง/นางสาว ........................................................ เป็นผู้แทน เพื่อสมัครเข้ารับการสรรหาเป็นกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

๔.๓ การรับรองว่าผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อฯ ตามข้อ ๔.๒ เป็นสมาชิกขององค์กร กลุ่ม ชมรม สมาคม เครือข่าย

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว ....................................................................................................

เป็นสมาชิกขององค์กร..................................................................................................................................

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

ลงชื่อ............................................ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนองค์กร
กลุ่ม ชมรม สมาคม หรือเครือข่าย

 (.....................................................)

 ตำแหน่ง ...............................................

 วันที่.…........เดือน.............. พ.ศ. ..........

**ส่วนที่ ๕ ข้อมูลประวัติ**

การดำเนินการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อให้ไปเป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.๒๕๖๒ นโยบายของรัฐบาลและนโยบายของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.) ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล สช. จึงขอให้ท่านโปรดอ่านทำความเข้าใจและกรอกข้อความดังต่อไปนี้

ข้าพเจ้ายินยอมให้ สช. ในฐานะผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลทำการเก็บ รวบรวม ใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าได้ในเงื่อนไขดังต่อไปนี้

๑. ข้อมูลที่ท่านได้กรอกลงในเอกสารนี้จะถูกนำไปใช้เพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.๒๕๖๒ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ กฎหมายเฉพาะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมติคณะรัฐมนตรีที่ สช. จะต้องปฏิบัติตาม

๒. สช.จะนำข้อมูลของท่านไปใช้เพื่อประโยชน์ในการสมัคร กรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ตรวจสอบข้อมูลการของท่านในอดีต และเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการดังกล่าว

๓. สช.จะทำลายข้อมูลที่ท่านให้มานี้ภายใน ๑๘๐ วันนับแต่วันที่ท่านได้ลงนามในหนังสือฉบับนี้

๔. เจ้าของข้อมูลมีสิทธิตามกฎหมายดังต่อไปนี้

๔.๑ สิทธิในการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคลของตนเองให้ถูกต้องสมบูรณ์เป็นปัจจุบันภายใต้ประกาศ

 ของ สช. เรื่องนโยบายและแนวปฏิบัติในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๔

๔.๒ สิทธิในการเข้าถึงหรือขอรับรองสำเนาถูกต้องเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของตนเองหรือขอให้เปิดเผยถึงการ

 ได้มาซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลที่ตนไม่ได้ให้ความยินยอม

๔.๓ สิทธิในการขอรับข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับตนเองจาก สช. รวมทั้งขอให้ สช. ส่งหรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล

 ไปยังผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลอื่นหรือขอรับข้อมูลส่วนบุคคลที่ สช. ส่งหรือโอนให้กับผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลอื่น

 ๔.๔ สิทธิในการให้ สช. เปิดเผยการได้มาซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับตนเองในขณะที่ตนเองไม่ได้ให้ความยินยอมในการ เก็บ รวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย

 ๔.๕ เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลที่สิทธิร้องเรียนในกรณีที่บุคคลหรือนิติบุคคลที่ สช. มอบหมายให้ดำเนินการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล พนักงาน ลูกจ้างของ สช. ฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.๒๕๖๒ โดยติดต่อได้ที่เบอร์ ๐๒-๘๓๒-๙๐๕๑ ,๐๒-๘๓๒-๙๐๕๒ ,๐๒-๘๓๒-๙๐๖๒

 **๕.๑ ข้อมูลทั่วไป**

๑) คำนำหน้าชื่อ…............................................................................................................................

ชื่อ...................................................................... นามสกุล........................................................

๒) เกิดวันที่................. เดือน............................ พ.ศ.............................. อายุ..................................ปี

1. สถานที่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

 **🖵** บ้าน **🖵** ที่ทำงาน .............................................................................................................

เลขที่............................... หมู่ที่.............................. ตรอก/ซอย....................................................

ถนน....................................................................ตำบล/แขวง.......................................................

อำเภอ/เขต.................................... จังหวัด.......................................รหัสไปรษณีย์...........................

โทรศัพท์............................................................... โทรสาร..........................................................

โทรศัพท์เคลื่อนที่ (มือถือ) .............................................E – mail .....................................................

-๔-

 **๕.๒ ประวัติการศึกษา** (เรียงจากวุฒิการศึกษาสูงสุดลงไปตามลำดับ)

1. ......................................................................... สาขา ............................................................
2. ......................................................................... สาขา ............................................................
3. ......................................................................... สาขา ............................................................

 **๕.๓ ประวัติการทำงาน**

๑) หน้าที่การงานและความรับผิดชอบในปัจจุบัน

* ปัจจุบันปฏิบัติหน้าที่.........................................................................................................................
* สถานที่ปฏิบัติงาน.......................................................................................................................
* งานในความรับผิดชอบ.................................................................................................................

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

๒) การปฏิบัติหน้าที่ในอดีต (โปรดระบุเฉพาะหน้าที่ที่สำคัญ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ปฏิบัติหน้าที่ | องค์กร | ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ |
| ๑ |  |  |  |
| ๒ |  |  |  |
| ๓ |  |  |  |

1. ประสบการณ์สำคัญ ซึ่งแสดงถึงการเป็นที่ยอมรับทางสังคม
	1. ............................................................................................................................................................................................................................................................................

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

* 1. ............................................................................................................................................................................................................................................................................

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

๔) ผลงานของข้าพเจ้าอันเป็นที่ประจักษ์ ดังเอกสารหลักฐานที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้ (สนับสนุนการสมัครในสาขาที่เลือก)

1. ............................................................................................................................................................................................................................................................................

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

1. ............................................................................................................................................................................................................................................................................

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

**ส่วนที่ ๖ วิสัยทัศน์ของข้าพเจ้าต่อการพัฒนาระบบสุขภาพในเขตที่สมัคร และสิ่งที่คาดหวังว่าจะทำในบทบาท**

 **กรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน**

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

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

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

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

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาเอกสารหรือหลักฐานที่แนบมาพร้อมใบสมัคร

**🖵** สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานอื่นใดที่ออกให้โดยทางราชการ พร้อมลงนามรับรองสำเนา

**🖵** รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นดำ ฉากพื้นหลังไม่มีลวดลาย ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือนจำนวน ๑ รูป

**🖵** เอกสารหรือสำเนาเอกสารสำคัญที่แสดงการมีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ทำงานในเขตพื้นที่ และผลงาน

 ที่เป็นที่ประจักษ์หรือเป็นที่ยอมรับของสังคม จำนวน ................ ชิ้นงาน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกข้างต้นเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง เอกสารที่แนบมาพร้อมใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.๒๕๖๒ หากมีข้อมูลใดเป็นเท็จหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถูกตัดสิทธิ์จากการเป็นผู้สมัครหรือผู้ถูกเสนอชื่อในครั้งนี้

 ............................................................... ผู้สมัคร

**(สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก)**

เลขที่รับ ..................................................................................

วันที่รับ ....................................เวลา...................................

ชื่อผู้รับ ..................................................................................

 (......................................................................)

 วันที่.................เดือน...................... พ.ศ. .................

ข้อความตามแบบ สช./ใบสมัคร กขป./๒๕๖๘ จะถูกรวบรวมและจัดพิมพ์ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาคัดเลือกของคณะกรรมการสรรหากรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน คณะอนุกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้น โปรดกรอกข้อมูลโดยชัดเจน ตามหัวข้อ ไม่เกินความยาวเอกสารที่กำหนด คณะกรรมการสรรหาฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะพิจารณาเฉพาะข้อมูลที่กำหนดไว้ในใบสมัครนี้เท่านั้น

ทั้งนี้ผลการตัดสินของคณะกรรมการสรรหาฯ ถือเป็นที่สิ้นสุด

**ส่วนที่ ๗ การส่งใบสมัคร**

 **สามารถเลือกยื่นใบสมัครได้ ๓ ช่องทาง พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบการสมัครทั้งหมด ต่อประธานคณะกรรมการสรรหากรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน โดย**

* ส่งด้วยตนเอง ภายในวันและเวลาราชการ ณ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.) ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ๘๘/๓๙ ถ.ติวานนท์ ๑๔ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทร. ๐๒ ๘๓๒ ๙๑๑๖, ๐๒ ๘๓๒ ๙๐๙๑, ๐๒ ๘๓๒ ๙๐๑๓
* ส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียน ให้จัดส่งไปที่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.) ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ๘๘/๓๙ ถ.ติวานนท์ ๑๔ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

จ่าหน้าซองถึง “ประธานกรรมการสรรหากรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน วงเล็บมุมซองว่า (เอกสารใบสมัครเข้ารับการสรรหากขป.พื้นที่......) ให้ถือวันเวลาที่ประทับตราบนซองจดหมายของไปรษณีย์ต้นทาง เป็นวันส่งใบสมัคร

* ส่งใบสมัครไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ทางอีเมล nhco@saraban.mail.go.th ถึง“ประธานกรรมการสรรหากรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน” โปรดระบุชื่อเรื่องที่ส่ง (Subject) ว่า เอกสารใบสมัครเข้ารับการสรรหากขป.พื้นที่.... พร้อมแนบไฟล์เอกสารใบสมัครและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ให้ถือวันเวลาส่งที่ปรากฏในอีเมล เป็นวันเวลาที่ส่งใบสมัคร

**------- กำหนดปิดรับใบสมัครวันจันทร์ที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๘ เวลา ๑๖.๓๐ น. ------**

1. ๑ “สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล [↑](#footnote-ref-1)