



**ใบสมัครผู้แทนนายกเทศมนตรี
เข้ารับการเลือกเป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๖๐**

ติดรูปถ่าย ๒ นิ้ว
บริเวณนี้ ๑ รูป
และแนบมาพร้อม
ใบสมัครอีก ๑ รูป

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวนามสกุล.....
ตำแหน่ง นายกเทศมนตรี.....
ที่ตั้ง (เทศบาล) เลขที่ หมู่ที่ ซอย.....
ถนน ตำบล
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์
มือถือ โทร โทรสาร.....
อีเมล.....

จึงขอส่งใบสมัครของข้าพเจ้ามายังประธานคณะกรรมการสรรหา

ส่วนที่ ๑ คุณสมบัติ

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามมาตรา ๑๔ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ดังนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์ในวันที่สมัครหรือได้รับการเสนอชื่อ
๓. ไม่เป็นผู้มีความผิดปกติทางจิตอันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติหน้าที่
๔. ไม่ติดยาเสพติดให้โทษ
๕. ไม่เคยถูกลงโทษทางวินัยถึงไล่ออก ปลดออกหรือให้ออกจากหน่วยงานของรัฐ
๖. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลประวัติ

๑. เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี
๒. วุฒิการศึกษา (เรียงจากวุฒิการศึกษาสูงสุดลงไปตามลำดับ)
 - ๑) สาขา
 - ๒) สาขา
 - ๓) สาขา
๓. อาชีพ
 - ๑) อาชีพหลัก ก่อนรับตำแหน่งในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
.....
 - ๒) อาชีพหลักอื่นๆ ในปัจจุบัน นอกจากการดำรงตำแหน่งในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
.....

๔. ประวัติการทำงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (โปรดระบุเฉพาะตำแหน่งที่สำคัญ)

ลำดับ	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	ระยะเวลา ดำรงตำแหน่ง
๑			
๒			
๓			

๕. วาระการดำรงตำแหน่งในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ปัจจุบัน) ปี

๑) เริ่มตั้งแต่ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

๒) หหมดวาระ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

๖. ตำแหน่งหน้าที่ในหน่วยงาน หรือองค์กรสาธารณะประโยชน์อื่นๆ (ถ้ามี โปรดระบุเฉพาะที่สำคัญ)

๑)

.....

๒)

.....

๓)

.....

๗. ผลงานที่ประสบความสำเร็จหรือประสบการณ์ที่ภาคภูมิใจ

๑)

.....

.....

๒)

.....

.....

๓)

.....

.....

๘. ผลงานหรือประสบการณ์ที่ดำเนินงานเกี่ยวกับด้านสุขภาพ

๑)

.....

.....

๒)

.....

.....

๓)

.....

.....

ส่วนที่ ๓ วิสัยทัศน์ของข้าพเจ้าต่อการพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ และสิ่งที่คาดหวังว่าจะทำ
ในบทบาทกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาพร้อมนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวในตำแหน่งนายกเทศมนตรีหรือหลักฐานอื่นใดที่ออกให้โดยราชการที่แสดงการดำรงตำแหน่งอยู่ ณ วันที่ยื่นใบสมัคร พร้อมลงนามรับรองสำเนาเอกสาร
- รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวกขนาด ๒ นิ้ว จำนวน ๒ รูป ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกข้างต้น และเอกสารที่แนบมาพร้อมใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ หากมีข้อมูลใดเป็นเท็จหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถูกตัดสิทธิ์จากการเป็นผู้สมัครในครั้งนี้

ลายมือชื่อของผู้สมัคร

ชื่อผู้สมัครตัวบรรจง (.....)

ตำแหน่ง(ประทับตรา)

วันที่ เดือน..... พ.ศ. ๒๕๖๐

หมายเหตุ กรณาส่งใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐานทั้งหมด ภายในวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ถึง

ประธานกรรมการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ๘๘/๓๙ ถนนติวานนท์ ๑๔

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

ทั้งนี้ผู้สมัครสามารถส่งสำเนาใบสมัครและเอกสารหลักฐานประกอบการสมัครตามที่กำหนดไว้มาทางโทรสาร ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๑ หรือส่งเอกสารสำเนาอิเล็กทรอนิกส์โดยการสแกน (Scan) เป็นไฟล์ Pdf. มาทางอีเมลที่ nationalhealth@nationalhealth.or.th มาล่วงหน้าได้ แต่ต้องส่งใบสมัครและเอกสารฉบับจริงทั้งหมดมาทางไปรษณีย์ ภายในวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐

๐ เพื่อรักษาสิทธิในการสมัคร อย่าลืม “ประทับตราไปรษณีย์” ระบุวันที่ส่งให้ชัดเจน ๐

ข้อความตามแบบ สช./ใบสมัครผู้แทนนายกเทศมนตรี/๒๕๖๐ จะถูกรวบรวมพิมพ์เผยแพร่เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการลงคะแนนเลือกของผู้มีสิทธิเลือกผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเภทเดียวกัน

ดังนั้น โปรดกรอกข้อมูลโดยชัดเจน ตามหัวข้อ ไม่เกินความยาวเอกสารที่กำหนด คณะกรรมการสรรหาขอสงวนสิทธิ์ที่จะเผยแพร่เฉพาะข้อมูลที่กำหนดไว้ในใบสมัครนี้ เท่านั้น

๐ **โปรดตรวจสอบข้อมูลกำหนดวันปิดรับใบสมัคร** ๐

๐ **ในปฏิทินขั้นตอนการเลือกที่คณะกรรมการสรรหาประกาศกำหนด** ๐

.....
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ๘๘/๓๙ ถนนติวานนท์ ๑๔ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทร ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๒๔, ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๔๑ โทรสาร ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๑

Homepage: www.nationalhealth.or.th