



สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ

ใบสมัครเข้ารับการเลือกเป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
กลุ่มผู้แทนนายกเทศมนตรี พ.ศ. ๒๕๖๔

ติดรูปถ่าย ๒ นิ้ว
บริเวณนี้ ๑ รูป

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นามสกุล.....

ตำแหน่ง นายกเทศมนตรี.....

มีความยินดีในการให้ข้อมูลของข้าพเจ้ากับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้ในการติดต่อ
ประสานงาน และเพื่อรวบรวมเป็นแฟ้มประวัติของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

ส่วนที่ ๑ คุณสมบัติ

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติของผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเข้ารับการเลือกเป็นกรรมการสุขภาพ
แห่งชาติครบถ้วน ตามมาตรา ๑๔ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ดังนี้

คุณสมบัติทั่วไป

- มีสัญชาติไทย
- มีอายุไม่ต่ำกว่าห้าปีบริบูรณ์
- ไม่เป็นผู้มีความผิดปกติทางจิตอันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติหน้าที่
- ไม่ติดยาเสพติดให้โทษ
- ไม่เคยถูกลงโทษทางวินัยถึงไล่ออก ปลดออก หรือให้ออกจากหน่วยงานรัฐ
- ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลประวัติ

๑. ข้อมูลทั่วไป

(๑) คำนำหน้าชื่อ..... ชื่อ..... นามสกุล.....

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

(๓) วุฒิการศึกษาสูงสุด..... สาขา.....
สถาบัน.....

(๔) สถานที่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

ที่ทำงาน

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

ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรศัพท์เคลื่อนที่ (มือถือ).....

๒. ประวัติการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการบริหารในระดับห้องถีน (เรียงจากปัจจุบันย้อนหลังไปตามลำดับ)

ลำดับ	ปี พ.ศ.	ตำแหน่ง	หน่วยงาน/องค์กร	ระยะเวลา
๑				
๒				
๓				
๔				
๕				

๓. ผลงาน หรือประสบการณ์ที่ดำเนินงานเกี่ยวกับด้านสุขภาพทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ

ส่วนที่ ๕ วิสัยทัคณ์ของข้าพเจ้าต่อการพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง มาพร้อมใบสมัครนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกข้างต้น และเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ หากมีข้อมูลใดเป็นเท็จหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถูกตัดสิทธิจากการสรรหาในครั้งนี้

ลายมือชื่อของผู้ให้ข้อมูล

ชื่อผู้ให้ข้อมูลตัวบรรจง (.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ เดือน พ.ศ. ๒๕๖๔

หมายเหตุ กรุณاس่งใบสมัครนี้พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ตามที่ สช. กำหนดและแจ้งทางเว็บไซต์ [www=https://nationalhealth.or.th/nhc](https://nationalhealth.or.th/nhc) ภายในวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔