**ใบสมัครเข้ารับการเลือกเป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติ**

ติดรูปถ่าย ๒ นิ้ว บริเวณนี้ ๑ รูป

(ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน)



**กลุ่มผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๖๕**

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

**ตำแหน่ง** นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.........................................................................................................

มีความยินดีในการให้ข้อมูลของข้าพเจ้ากับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้ในการติดต่อ ประสานงาน และเพื่อรวบรวมเป็นแฟ้มประวัติของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

**ส่วนที่ ๑ คุณสมบัติ**

ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติของผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเข้ารับการเลือกเป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติครบถ้วน ตามมาตรา ๑๔ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ดังนี้

**คุณสมบัติทั่วไป**

**🖵** เป็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบล

**โดยได้แนบหลักฐาน ดังนี้**

1. □ สำเนาบัตรประชาชน
2. □ หนังสือรับรองการได้รับเลือกตั้งเป็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบล

**ส่วนที่ ๒ ข้อมูลประวัติ**

**๑. ข้อมูลทั่วไป**

๑) คำนำหน้าชื่อ….......................ชื่อ...........................................นามสกุล........................................................

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

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (อีเมล) ...................................................................................................................

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

๓) สถานที่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

ที่ทำการ........................................................................................................................................................

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

ถนน..............................................................ตำบล.......................................................................................

อำเภอ......................................................................... จังหวัด.....................................................................

รหัสไปรษณีย์....................................

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

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์งานสารบรรณกลางหน่วยงาน (อีเมล) .....................................................................

**๒. ประวัติการดำรงตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับการบริหารในระดับท้องถิ่น** (เรียงจากปัจจุบันย้อนหลังไปตามลำดับ)

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

**๓. ผลงาน หรือประสบการณ์ที่ดำเนินงานเกี่ยวกับด้านสุขภาพทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ**

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

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

**ส่วนที่ ๓ วิสัยทัศน์ของข้าพเจ้าต่อการพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ**

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

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง มาพร้อมใบสมัครนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกข้างต้น และเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อประโยชน์ในการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติตามประกาศ คณะกรรมการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง วิธีการ หลักเกณฑ์และระยะเวลาการเลือกผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๖๕ ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ และประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นโยบายและแนวปฏิบัติในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.๒๕๖๔ หากมีข้อมูลใดเป็นเท็จหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถูกตัดสิทธิ์จากการสรรหาในครั้งนี้

ลายมือชื่อ.....................................................................ผู้ให้ข้อมูล

ชื่อตัวบรรจง (..........................................................................)

ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบล

วันที่ …........… เดือน………………………………………… พ.ศ. ๒๕๖๕

**หมายเหตุ** กรุณาส่งใบสมัครนี้พร้อมเอกสารหลักฐานทั้งหมดที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตพื้นที่เดียวกับองค์การบริหารส่วนตำบล ภายในวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕