



ใบสมัคร
เข้ารับการสรรหาเป็นกรรมการเขตสุขภาพ
เพื่อประชาชน

ดีรูปถ่าย
บริเวณนี้ ๑ รูป

ที่มีวาระการดำรงตำแหน่งตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ – พ.ศ. ๒๕๖๘

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการสรรหาเป็นกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

จึงขอส่งใบสมัครของข้าพเจ้ามายังประธานคณะกรรมการสรรหา

ส่วนที่ ๑ เขตพื้นที่ที่สมัคร

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในกล่องข้อความหน้าชื่อของเขตที่สมัคร 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 อัญญา 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 นครราชสีมาบุรีรัมย์ 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 เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

๒.๒ คุณสมบัติเฉพาะ

ประเภทและสาขาที่รับสมัคร	คุณสมบัติของผู้สมัคร	เกณฑ์การพิจารณา
๒.๒.๑ ประเภทผู้แทนองค์กร กลุ่ม ชมรม สมาคม หรือเครือข่าย 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 ที่เหมาะสมกับพื้นที่ ๔) ผู้แทนกลุ่มเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข ๕) ผู้แทนกลุ่ม เครือข่าย หรือองค์กรสื่อมวลชน ๖) ผู้แทนสถานพยาบาลเอกชน ๗) ผู้แทนกลุ่มชมรม สมาคม เครือข่ายร้านยา	(๑) มีความรู้ความเชี่ยวชาญ หรือมีประสบการณ์ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสาขาที่สมัคร ในเขตพื้นที่ โดยมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ (๒) เป็นผู้ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ (๓) เป็นผู้แทนที่ได้รับการเสนอชื่อจากองค์กร กลุ่ม ชมรม สมาคม หรือเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง	เพื่อให้กรรมการที่ได้รับการคัดเลือก เป็นผู้มีความรู้ความเหมาะสม จึงให้กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาในประเด็นหลัก ๓ ประเด็น ดังนี้ (๑) ความรู้ความสามารถ (๒) ประสบการณ์การทำงานในเขตพื้นที่ (๓) การเป็นที่ยอมรับทางสังคม
๒.๒.๒ ประเภทผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย ๖ สาขา ดังนี้ ๑) ด้านนโยบายสาธารณะ รัฐศาสตร์ หรือนิติศาสตร์ ๒) ด้านบริหาร หรือเศรษฐศาสตร์ ๓) ด้านสื่อสารมวลชน ๔) ด้านพัฒนาสังคมและชุมชนท้องถิ่น ๕) ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น ๖) ด้านพัฒนาประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ	(๑) มีความรู้ความเชี่ยวชาญ หรือมีประสบการณ์ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสาขาที่สมัคร ในเขตพื้นที่ โดยมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ (๒) เป็นผู้ที่มีพำนักหรือปฏิบัติงานหรือเคยปฏิบัติงานในเขตพื้นที่	

ส่วนที่ ๓ ประเภทและสาขาที่สมัคร

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะสมัครเป็นกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ในประเภทและสาขา คือ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในกล่องข้อความหน้าชื่อของสาขาที่สมัคร โดยผู้สมัครแต่ละท่าน สามารถสมัครได้เพียงประเภทและสาขาเดียวเท่านั้น)

๓.๑ ประเภทผู้แทนองค์กร กลุ่ม ชมรม สมาคม หรือเครือข่าย

- 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 (ไม่ต้องตอบส่วนที่ ๔) เลือกสมัครในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

- 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.....
- ๓) ที่ตั้งองค์กร กลุ่ม ชมรม เครือข่าย
เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....
- ๔) ก่อตั้งเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ณ ปัจจุบันเป็นเวลา..... ปี
จำนวนสมาชิกเมื่อเริ่มก่อตั้ง..... คน จำนวนสมาชิกในปัจจุบัน..... คน
- ๕) วัตถุประสงค์ดำเนินกิจกรรมขององค์กร กลุ่ม ชมรม สมาคม หรือเครือข่าย
๕.๑)
๕.๒)
- ๖) พื้นที่หลักในการดำเนินงานหรือกิจกรรม ขององค์กร กลุ่ม ชมรม หรือเครือข่าย
.....
- ๗) กลุ่มเป้าหมายหลักในการดำเนินงานหรือกิจกรรม ขององค์กร กลุ่ม ชมรม หรือเครือข่าย
.....
- ๘) การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ^๑ขององค์กร 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.

^๑“สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

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 สิทธิในการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคลของตนเองให้ถูกต้องสมบูรณ์เป็นปัจจุบันภายใต้ประกาศของ สช. เรื่องนโยบายและแนวปฏิบัติในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๔

๔.๒ สิทธิในการเข้าถึงหรือขอรับรองสำเนาถูกต้องเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของตนเองหรือขอให้เปิดเผยถึงการได้มาซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลที่ท่านไม่ได้ให้ความยินยอม

๔.๓ สิทธิในการขอรับข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับตนเองจาก สช. รวมทั้งขอให้ สช. ส่งหรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลไปยังผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลอื่นหรือขอรับข้อมูลส่วนบุคคลที่ สช. ส่งหรือโอนให้กับผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลอื่น

๔.๔ สิทธิในการให้ สช. เปิดเผยการได้มาซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับตนเองในขณะที่ตนเองไม่ได้ให้ความยินยอมในการ เก็บ รวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย

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

๕.๑ ข้อมูลทั่วไป

- ๑) คำนานหน้าชื่อ.....
ชื่อ..... นามสกุล.....
- ๒) เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... อายุ..... ปี
- ๓) สถานที่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก
 บ้าน ที่ทำงาน
- เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร.....
โทรศัพท์เคลื่อนที่ (มือถือ) E – mail

๕.๒ ประวัติการศึกษา (เรียงจากวุฒิการศึกษาสูงสุดลงไปตามลำดับ)

- ๑) สาขา
- ๒) สาขา
- ๓) สาขา

๕.๓ ประวัติการทำงาน

- ๑) หน้าที่การงานและความรับผิดชอบในปัจจุบัน
- ปัจจุบันปฏิบัติหน้าที่.....
 - สถานที่ปฏิบัติงาน.....
 - งานในความรับผิดชอบ.....
-
-

๒) การปฏิบัติหน้าที่ในอดีต (โปรดระบุเฉพาะหน้าที่ที่สำคัญ)

ลำดับ	ปฏิบัติหน้าที่	องค์กร	ระยะเวลา การปฏิบัติหน้าที่
๑			
๒			
๓			

๓) ประสบการณ์สำคัญ ซึ่งแสดงถึงการเป็นที่ยอมรับทางสังคม

๓.๑)

.....

.....

๓.๒)

.....

.....

๔) ผลงานของข้าพเจ้าอันเป็นที่ประจักษ์ ดังเอกสารหลักฐานที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้ (สนับสนุนการสมัครในสาขาที่เลือก)

๔.๑)

.....

.....

๔.๒)

.....

.....

ส่วนที่ ๖ วิสัยทัศน์ของข้าพเจ้าต่อการพัฒนาระบบสุขภาพในเขตที่สมัคร และสิ่งที่คาดหวังว่าจะทำในบทบาท
กรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาเอกสารหรือหลักฐานที่แนบมาพร้อมใบสมัคร

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานอื่นใดที่ออกให้โดยทางราชการ พร้อมลงนามรับรองสำเนา
- รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตา จากพื้นหลังไม่มีลวดลาย ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือนจำนวน ๑ รูป
- เอกสารหรือสำเนาเอกสารสำคัญที่แสดงการมีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ทำงานในเขตพื้นที่ และผลงาน ที่เป็นที่ประจักษ์หรือเป็นที่ยอมรับของสังคม จำนวน ชิ้นงาน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกข้างต้นเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง เอกสารที่แนบมาพร้อมใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.๒๕๖๒ หากมีข้อมูลใดเป็นเท็จหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถูกตัดสิทธิ์จากการเป็นผู้สมัครหรือผู้ถูกเสนอชื่อในครั้งนี้

(สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก)

เลขที่รับ

วันที่รับเวลา.....

ชื่อผู้รับ

..... ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้อความตามแบบ สช./ใบสมัคร กขป./๒๕๖๔ จะถูกรวบรวมและจัดพิมพ์ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาคัดเลือกของคณะกรรมการสรรหากรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน คณะอนุกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้น โปรดกรอกข้อมูลโดยชัดเจน ตามหัวข้อ ไม่เกินความยาวเอกสารที่กำหนด คณะกรรมการสรรหา ขอสงวนสิทธิ์ที่จะพิจารณาเฉพาะข้อมูลที่กำหนดไว้ในใบสมัครนี้เท่านั้น

ทั้งนี้ ผลการตัดสินใจของคณะกรรมการสรรหา ถือเป็นที่สุด

ส่วนที่ ๗ การส่งใบสมัคร

๗.๑ ยื่นใบสมัคร พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบการสมัครทั้งหมด ต่อประธานคณะกรรมการสรรหากรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตที่ท่านสมัคร โดย

- ส่งด้วยตนเอง ณ ศูนย์ประสานงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ที่ท่านสมัคร
- ส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียน ให้จัดส่งไปที่ ศูนย์ประสานงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ในเขต ๑-๑๒ จำนวนของถึง "ประธานคณะกรรมการสรรหา" ในเขตที่ท่านสมัคร วงเล็บมุมซองว่า (เอกสารใบสมัครเข้ารับการสรรหาขป.) และให้ถือวันเวลาที่ประทับตราบนซองจดหมายของไปรษณีย์ต้นทาง เป็นวันส่งใบสมัคร
- ส่งใบสมัครไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ทางอีเมล ถึง "ประธานคณะกรรมการสรรหา" ในเขตที่ท่านสมัคร โปรดระบุชื่อเรื่องที่ส่ง (Subject) ว่า เอกสารใบสมัครเข้ารับการสรรหาขป. และให้ถือวันเวลาที่ปรากฏในอีเมล เป็นวันเวลาที่ส่งใบสมัคร

๗.๒ ที่อยู่ศูนย์ประสานงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชนสำหรับการรับสมัครกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

เขตที่ ๑	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑ เชียงใหม่ เลขที่ ๖ อาคารสำนักงานไปรษณีย์เขต ๕ ชั้น ๒ ถ.มหาราช ต.สุเทพ อ.เมือง เชียงใหม่ ๕๐๒๐๐ โทร. ๐๘๐-๖๘๐-๔๘๑๑ อีเมล : anchalee4811@gmail.com
เขตที่ ๒	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๒ พิษณุโลก เลขที่ ๘๓ ถนนบรมไตรโลกนารถ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.พิษณุโลก ๖๕๐๐๐ โทร. ๐๘๐-๕๑๕-๔๗๙๘ อีเมล : iamjane2538@gmail.com
เขตที่ ๓	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๓ นครสวรรค์ เลขที่ ๕๑๖/๔๑ ม.๑๐ ต.นครสวรรค์ต.ก อ.เมือง จ.นครสวรรค์ ๖๐๐๐๐ โทร. ๐๘๘-๕๖๗-๕๐๒๙ อีเมล : weenus.nuy@gmail.com
เขตที่ ๔	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๔ สระบุรี เลขที่ ๖๕/๓ ถ.พิชัยณรงค์สงคราม ต.ปากเพรียว อ.เมืองสระบุรี จ.สระบุรี ๑๘๐๐๐ โทร. ๐๙๙-๓๔๐-๖๖๙๐ ๐๘๒-๓๕๖-๐๐๑๐ อีเมล : warasaraburi@gmail.com, wiser.wiser@ymail.com
เขตที่ ๕	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๕ ราชบุรี เลขที่ ๒ อาคารไปรษณีย์ชั้น ๓ ถ.สมุทรศึกษาดารักษ์ ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ราชบุรี ๗๐๐๐๐ โทร. ๐๘๙-๙๑๙-๙๔๙๘ , ๐๘๗-๑๗๐-๘๘๘๗ อีเมล : annie819@hotmail.com, nuyuy.007@gmail.com
เขตที่ ๖	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๖ ระยอง เลขที่ ๑๑๕ อาคารพลาซ่า ชั้น ๒ ซอยศูนย์การค้า สาย ๔ ถ.สุขุมวิท ต.เชิงเนิน อ.เมือง จ.ระยอง ๒๑๐๐๐ โทร. ๐๙๔-๐๘๖-๘๒๕๖, ๐๘๑-๘๔๔-๑๔๘๒, ๐๙๔-๔๘๗-๔๑๔๔ อีเมล : healtharea6@gmail.com
เขตที่ ๗	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๗ ขอนแก่น เลขที่ ๓๕๖/๑ อาคารซีพีทาวเวอร์ ชั้น ๓ ถ. มิตรภาพ ต. เมืองเก่า อ. เมือง จ. ขอนแก่น ๔๐๐๐๐ โทร. ๐๙๑-๐๕๑-๐๕๖๐ อีเมล : pp.pornpen@gmail.com
เขตที่ ๘	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๘ อุตรดิตถ์ เลขที่ ๒๑/๖๘ ถ.วัฒนาณรงค์ ต.หมากแข้ง อ.เมืองอุตรดิตถ์ จ.อุตรดิตถ์ ๔๑๐๐๐ โทร. ๐๙๑-๓๗๑-๕๙๒๓ อีเมล : laosingla@gmail.com, hcfpzone8@gmail.com
เขตที่ ๙	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๙ นครราชสีมา เลขที่ ๑๔๙ หมู่ ๓ ต.หนองบัวศาลา อ.เมือง จ.นครราชสีมา ๓๐๐๐๐ โทร ๐๘๔-๙๕๙-๒๓๑๙ , ๐๘๑-๓๘๙-๙๑๙๐ อีเมล : benaoy88@gmail.com
เขตที่ ๑๐	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๐ อุบลราชธานี เลขที่ ๑๔๕ ชั้น ๓ อาคารที่ทำการไปรษณีย์ ถ.ศรีณรงค์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี ๓๔๐๐๐ โทรศัพท์ ๐๙๒-๔๐๔-๙๙๗๗ อีเมล : ole.detudom@gmail.com
เขตที่ ๑๑	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี เลขที่ ๙๑/๑ ม.๑ อาคารพี.ซี.ทาวเวอร์ ชั้น ๑๐ ถ.กาญจนวนิถิต บางกุ้ง อ.เมืองฯ จ.สุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐ โทร. ๐๖๑-๒๖๓๖๙๕๙ อีเมล : may.commed@gmail.com
เขตที่ ๑๒	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๒ สงขลา เลขที่ ๔๘๘/๘๘ ชั้น ๓ อาคารสยามนครินทร์ฯ ถ.เพชรเกษม ต.หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ๙๐๑๑๐ โทร. ๐๘๖-๔๘๙-๒๐๘๖ โทรสาร ๐๗๔-๒๒๑-๒๘๖ อีเมล : scf2552@gmail.com
เขตที่ ๑๓	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.) ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ๘๘/๓๙ ถ.ติวานนท์ ๑๔ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทร. ๐๖๒-๙๙๖-๑๔๔๑, ๐๖๑-๕๓๐-๙๙๙๘, ๐๘๗-๔๙๓-๒๒๖๕ อีเมล : Natchadaporn.su@gmail.com

----- กำหนดปิดรับใบสมัครวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๔ เวลา ๑๖.๓๐ น. -----