



ใบสมัครอาสาสมัครสามัญ พอ.สว. (ในจังหวัด พอ.สว.)

จังหวัด ชัยภูมิ

มูลนิธิเลขทะเบียนลำดับที่ 802

เรียน ประธาน พอ.สว.ประจำจังหวัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. ⁽¹⁾
บัตรประจำตัว ข้าราชการ / ประชาชน เลขที่ อายุ ปี อาชีพ
สถานที่ทำงาน ตำบล อำเภอ โทรศัพท์
ตำแหน่งหน้าที่ ภูมิลำเนา
นามสามัญ/ภรรยา บุตร คน
ที่อยู่ซึ่งติดต่อได้ทางไปรษณีย์ บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน
ตำบล อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ มีความยินดีสมัครเป็นอาสาสมัครสามัญ พอ.สว.

งาน ⁽²⁾ [/] หน่วยแพทย์เคลื่อนที่
[] อื่น ๆ ระบุ
ในการนี้ ข้าพเจ้าได้แนบรูปถ่าย ขนาด 1 1/2 นิ้ว จำนวน 2 รูป มาด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ ⁽¹⁾
(.....)
วันที่

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. ⁽³⁾ นายแพทย์ยุทธนา สุริยะ
ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในระเบียบมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
และ สามารถปฏิบัติงานอาสาสมัครได้

ลงชื่อ ⁽³⁾
เลขานุการ พอ.สว.ประจำจังหวัดชัยภูมิ
วันที่

จาก ประธานกรรมการ พอ.สว. ประจำจังหวัด

เรียน เลขาธิการมูลนิธิแพทย์อาสาสมัครสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

ข้าพเจ้าได้พิจารณาแล้วเห็นควรอนุมัติรับเป็นอาสาสมัครสามัญ พอ.สว.

ลงชื่อ
(..... นายยุทธนา สุริยะ)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
เลขานุการ พอ.สว.ประจำจังหวัดชัยภูมิ ปฏิบัติราชการแทน
ประธานกรรมการ พอ.สว. ประจำจังหวัดชัยภูมิ

(ด้านหลัง)

คำอธิบาย

- (1) ชื่อผู้สมัคร
- (2) ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หน้าที่สมัคร
- (2) ชื่อผู้รับรอง คือ เลขานุการ พอ.สว.ประจำจังหวัด

คุณสมบัติของอาสาสมัคร พอ.สว.

1. อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์
2. ไม่เป็นบุคคลล้มละลายหรือไม่เป็นผู้มีหนี้สินล้นพ้นตัว
3. ไม่เป็นผู้มีชื่อเสียงเลวทางศีลธรรม
4. ไม่เป็นผู้ต้องคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่จะไต่กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
5. ไม่เป็นโรคซึ่งต้องห้ามในการเข้ารับราชการ คือ โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการที่รังเกียจแก่สังคม วัณโรคในระยะอันตราย โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคยาเสพติดให้โทษ
6. ปฏิบัติงานในสายการแพทย์และสาธารณสุข
หรือหัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง (อาสาสมัครสมทบสายสนับสนุน)