



ใบสมัครอาสาสมัครสามัญ พอ.สว. (นอกจังหวัด พอ.สว.)

จังหวัด.....

มูลนิธิเลขทะเบียนลำดับที่ 802

เรียน เลขาธิการมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. ⁽¹⁾.....

บัตรประจำตัว ข้าราชการ/ประชาชน เลขที่.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....

ตำแหน่งหน้าที่..... คุณวุฒิ.....

นามสามี/ภรรยา..... บุตร.....คน

ที่อยู่ซึ่งติดต่อได้ทางไปรษณีย์ บ้านเลขที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มีความยินดีสมัครเป็นอาสาสมัครสามัญ พอ.สว.

งาน ⁽²⁾ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่

อื่น ๆ ระบุ.....

ในการนี้ ข้าพเจ้าได้แนบรูปถ่าย ขนาด 1 ½ นิ้ว จำนวน 2 รูปมาด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ ⁽¹⁾

วันที่

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. ⁽³⁾.....

⁽⁴⁾ ตำแหน่ง.....

อาสาสมัคร พอ.สว. จังหวัด.....เลขที่.....

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในระเบียบมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และสามารถปฏิบัติงานอาสาสมัครได้

ลงที่ชื่อ ⁽³⁾

วันที่

คำอธิบาย

- (1) ชื่อผู้สมัคร
- (2) ให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ของงาน
- (3) ชื่อผู้รับรอง
 - ผู้สมัครที่รับราชการในส่วนกลาง ผู้รับรอง คือ ผู้อำนวยการกอง
 - ผู้สมัครที่ไม่ได้รับราชการ ผู้รับรอง คือ อาสาสมัครปัจจุบัน หรือข้าราชการระดับ 5 ขึ้นไป
- (4) ให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง หน้าตำแหน่งหรืออาสาสมัครแล้วแต่กรณี

คุณสมบัติของอาสาสมัคร พอ.สว.

1. อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์
2. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือไม่เป็นผู้มีหนี้สินล้นพ้นตัว
3. ไม่เป็นผู้มีชื่อเสียงเสื่อมเสียทางศีลธรรม
4. ไม่เป็นผู้ต้องคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่จะได้ออกโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
5. ไม่เป็นโรคซึ่งต้องห้ามในการเข้ารับราชการ คือ โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม วัณโรคในระยะอันตราย โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม โรคติดยาเสพติดให้โทษ โรคพิษสุราเรื้อรัง