



ใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกตนเองเป็นคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ
สาธารณสุขระดับเขต

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๙ นครราชสีมา

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

มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการเลือกเป็นคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานระดับเขต
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๙ นครราชสีมา จึงขอส่งใบสมัครของข้าพเจ้าดังนี้

ส่วนที่ ๑ คุณสมบัติ

ปัจจุบัน เป็นผู้ปฏิบัติงานในเทศบาล พื้นที่จังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ ชัยภูมิ

หน่วยงาน

ส่วนที่ ๒ ประวัติ

ข้อมูลทั่วไป

คำนำหน้าชื่อ.....ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก - - - -

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี

สถานที่ติดต่อได้สะดวก

บ้าน ที่ทำงาน (ระบุ)

เลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ.....

อีเมล

ส่วนที่ ๓ วิสัยทัศน์

วิสัยทัศน์ของข้าพเจ้าต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิ่งที่คาดหวังว่าจะทำในบทบาทของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานระดับเขต (อคม.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่กรอกข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อมูลใดเป็นเท็จหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถูกตัดสิทธิ์จากการเป็นผู้สมัครหรือผู้ถูกเสนอชื่อในครั้งนี้

.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ กรุณาส่งใบสมัครมายัง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๙ นครราชสีมา

๑๔๙ หมู่ที่ ๓ ถนนราชสีมา - โชคชัย ตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมือง

จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๐๐๐ โทรศัพท์ ๐๔๔-๒๔๘๘๗๐-๔ โทรสาร ๐๔๔-๒๔๘-๘๗๕

หรือประสานงานเจ้าหน้าที่

๑. นางเนตรนภา ประชายะกา โทรศัพท์มือถือ ๐๖๑-๔๒๑-๔๖๐๒

โทรศัพท์ ๐๔๔-๒๔๘-๘๗๐-๔ ต่อ ๕๖๕๒

อีเมล netnapa.p@nhso.go.th

กำหนดปิดรับใบสมัครวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๔ เวลา ๑๖.๓๐ น.