



รูปถ่าย
ขนาด 2 นิ้ว

ใบสมัครผู้แทนผู้ประกอบการโรคศิลปะ

เข้ารับเลือกเป็นผู้แทนผู้ประกอบการโรคศิลปะระดับจังหวัด (กรุงเทพมหานคร) เพื่อเข้าร่วม
คัดเลือกระดับประเทศ เป็นคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ตาม
พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....นามสกุล.....
ที่อยู่.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
ชื่อสถานที่ทำงาน.....
ที่อยู่ทำงาน.....
โทรศัพท์..... โทรสาร.....
ตำแหน่ง.....

ขอสมัครรับเลือกเป็นผู้แทนผู้ประกอบการโรคศิลปะระดับจังหวัด (กรุงเทพมหานคร) สาขา
.....เป็นกรรมการในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข
ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พร้อมได้แนบเอกสารดังนี้

1. สำเนาใบประกอบโรคศิลปะ สาขา..... จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
3. หนังสือรับรองการทำงานที่แสดงว่ามีสถานปฏิบัติงานอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 1 ฉบับ
4. รูปถ่ายสีขนาด 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป, ขนาดโปสการ์ด (4×6 นิ้ว) จำนวน 1 รูป (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)

***หมายเหตุ สำเนาเอกสารทุกฉบับโปรดลงลายมือชื่อพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
()
สมัครวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

เอกสารครบ เอกสารไม่ครบ ผู้สมัครหมายเลข.....

