



มูลนิธิเลขทะเบียนลำดับที่ 802

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

เรียน ประธาน พอ.สว. ประจำจังหวัดศรีสะเกษ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส <sup>(1)</sup> .....

บัตรประจำตัวข้าราชการ/ประชาชน เลขที่ ..... อายุ ..... ปี อาชีพ .....

สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....โทรศัพท์ .....

ตำแหน่งหน้าที่ ..... คุณวุฒิ .....

นามสามี/ภรรยา.....บุตร .....

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

ตำบล ..... อำเภอ .....จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์ .....โทรศัพท์ ..... มีความยินดีสมัครเป็นอาสาสมัครสามัญ พอ.สว.  
งาน <sup>(2)</sup>  หน่วยแพทย์เคลื่อนที่  
 อื่นๆ ระบุ.....

ในการนี้ ข้าพเจ้าได้แนบบรูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป และสำเนาบัตรประชาชน มาด้วยแล้ว  
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ <sup>(1)</sup> .....

วันที่ .....

ข้าพเจ้า นายทอง วีระแสงพงษ์ ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ระบุไว้ใน  
ระเบียบมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีและสามารถปฏิบัติงานอาสาสมัครได้

ลงชื่อ <sup>(3)</sup> .....

(นายทอง วีระแสงพงษ์)  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ  
เลขานุการ พอ.สว. ประจำจังหวัด  
วันที่ .....

จาก ประธานกรรมการ พอ.สว. ประจำจังหวัด

เรียน เลขาธิการมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

ข้าพเจ้าได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุมัติรับเป็นอาสาสมัครสามัญ พอ.สว.

ลงชื่อ .....

( ..... )

วันที่ .....

## คำอธิบาย

- (1) ชื่อผู้สมัคร
- (2) ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  ของงาน
- (3) ชื่อผู้รับรอง คือ เลขานุการ พอ.สว. ประจำจังหวัด

### คุณสมบัติของอาสาสมัคร พอ.สว.

1. อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์
2. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือไม่เป็นผู้มีหนี้สินล้นพ้นตัว
3. ไม่เป็นผู้มีชื่อเสียงเสื่อมเสียทางศีลธรรม
4. ไม่เป็นผู้ต้องคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่จะได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
5. ไม่เป็นโรคซึ่งต้องห้ามในการเข้ารับราชการ คือ โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม วัณโรคในระยะอันตราย โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม โรคติดยาเสพติดให้โทษ โรคพิษสุรา เรื้อรัง