

(สำเนา)

ประกาศคณะกรรมการการเลือกตั้งผู้แทนพนักงานกระทรวงสาธารณสุข และกรรมการกองทุนฝ่ายสมาชิก
ประจำจังหวัดระนอง
เรื่อง การสมัครรับเลือกตั้งผู้แทนพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

.....
ด้วยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีการเลือกตั้งผู้แทนพนักงานกระทรวงสาธารณสุข
ในวันที่ ๘ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๔ ของระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยพนักงานกระทรวง
สาธารณสุข พ.ศ.๒๕๕๖ กำหนดให้มีพนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑ คน เป็นกรรมการคณะ
กรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุข จึงกำหนดรายละเอียดการรับสมัครเลือกตั้งผู้แทน
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

๑. คุณสมบัติผู้สมัคร และลักษณะต้องห้าม

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข
- (๓) ต้องไม่เคยเป็นกรรมการผู้แทนพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ในคณะกรรมการการ
บริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุขมาแล้ว ๒ วาระ

๒. ให้ผู้ประสงค์จะสมัครขอและยื่นใบสมัครด้วยตนเองได้ที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ระนอง ตั้งแต่วันที่ ๑๖ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึง วันที่ ๒๔ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ในวันและเวลา
ราชการ

๓. หลักฐานที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร

- (๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ ๑ ฉบับ
- (๒) ใบรับรองแพทย์ ตามแบบที่แพทยสภากำหนด ออกให้ไว้ไม่เกิน ๓๐ วัน
- (๓) รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวกหรือแว่นตา ขนาดกว้าง ๘.๕ เซนติเมตร ยาว ๑๓.๕
เซนติเมตร จำนวน ๒ รูป

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

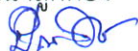
ประกาศ ณ วันที่ ๘ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

(ลงชื่อ) จิรชาติ เรืองวัชรินทร์

(นายจิรชาติ เรืองวัชรินทร์)

ประธานคณะกรรมการการเลือกตั้งผู้แทนพนักงานกระทรวงสาธารณสุข
และกรรมการกองทุนฝ่ายสมาชิก
ประจำจังหวัดระนอง

สำเนาถูกต้อง



(นางปิณิดา กาญจนนิม)

นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ สสจ.ระนอง

๘ สิงหาคม ๒๕๖๑

เพ็ญประภา คัด/ทาน



ใบสมัครผู้แทนพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

ใบสมัครเลขที่ (สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก)

ตอนที่ ๑ ประวัติส่วนตัว

๑. ชื่อ

นามสกุล

เลขประจำตัวประชาชน

๒. เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.

อายุ ปี

๓. วุฒิการศึกษาสูงสุด

จากสถาบันการศึกษา

๔. สถานที่ทำงาน

กอง

กรม / สำนักงาน

ตำบล / แขวง

อำเภอ / เขต

จังหวัด

รหัสไปรษณีย์

โทร

๕. ปัจจุบันพักอยู่บ้านเลขที่ หมู่ ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ / เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทร

โทร (มือถือ) E-mail

๖. ที่อยู่ติดต่อสะดวกที่สุด โปรดระบุให้ชัดเจน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

รูปถ่ายหรือรูปภาพ
ขนาด ๔.๕ x ๓.๕ ซม. โดยประมาณ

ตอนที่ ๒ ประวัติการทำงาน

๑. เริ่มทำงาน เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ตำแหน่ง
สังกัด
๒. ปัจจุบันตำแหน่ง
สังกัด
รวมอายุงาน ปี เดือน
๓. คดีในการทำงาน

ตอนที่ ๓ วิสัยทัศน์ในการเป็นกรรมการคณะกรรมการบริหารพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ เจ้าของประวัติ
(.....)
วันที่ เดือน พ.ศ. (โปรดระบุ)

ตอนที่ ๔ ความคิดเห็นและคำรับรองของผู้บังคับบัญชา

.....

.....

.....

.....

ขอให้คำรับรองในข้อมูลดังกล่าวข้างต้น มีความถูกต้อง เป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้บังคับบัญชา
(.....)
วันที่ เดือน พ.ศ.