**๕. แบบฟอร์ม สช./ใบสมัครผู้แทนองค์กรภาคเอกชน/๒๕๖๖**

ติดรูปถ่าย

ขนาด ๒ นิ้ว

ไม่เกิน ๖ เดือน

จังหวัด..................................



**ใบสมัครผู้แทนองค์กรภาคเอกชน**

**เข้ารับการเลือกเป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติ**

**พ.ศ. ๒๕๖๖**

วันที่ .......... เดือน......................................พ.ศ. ....................

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

มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการเลือกเป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และมีความยินดีในการให้ข้อมูลของข้าพเจ้ากับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้ในการติดต่อ ประสานงาน และเพื่อรวบรวมเป็นแฟ้มประวัติของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

**ส่วนที่ ๑ คุณสมบัติ**

 ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติของผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเข้ารับการเลือกเป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติครบถ้วน ตามมาตรา ๑๔ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ดังนี้

**คุณสมบัติทั่วไป**

๑. มีสัญชาติไทย

1. มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์

 ๓. ไม่เป็นผู้มีความผิดปกติทางจิตอันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติหน้าที่

๔. ไม่ติดยาเสพติดให้โทษ

 ๕. ไม่เคยถูกลงโทษทางวินัยถึงไล่ออก ปลดออก หรือให้ออกจากหน่วยงานรัฐ

 ๖. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

**ส่วนที่ ๒ การแสดงเจตนาสมัครเข้ากลุ่ม**

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะสมัครเป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้แทนองค์กรเอกชนในกลุ่ม

**🖵** ๑) ผู้แทนองค์กรที่ทำงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข

**🖵** ๒) ผู้แทนองค์กรที่ทำงานด้านเศรษฐกิจและการศึกษา

**🖵** ๓) ผู้แทนองค์กรที่ทำงานด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

**🖵** ๔) ผู้แทนองค์กรที่ทำงานด้านกลุ่มประชากรเฉพาะ

**🖵** ๕) ผู้แทนองค์กรที่ทำงานด้านสื่อสาร หรือนโยบายสาธารณะ

หมายเหตุ ผู้สมัครผู้แทนองค์กรภาคเอกชนสามารถสมัครได้กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งใน ๕ กลุ่มนี้ เท่านั้น

**ส่วนที่ ๓ ข้อมูลประวัติ**

**๑. ข้อมูลทั่วไป**

๑) คำนำหน้าชื่อ…...................ชื่อ...................................................................... นามสกุล...........................................................................

โทรศัพท์...................................โทรศัพท์เคลื่อนที่ (มือถือ)......................................................

อีเมลส่วนตัว ....................................................................................

๒) เกิดวันที่............................ เดือน..................................................................... พ.ศ......................................... อายุ............................ปี

๓) เพศ **🖵** ชาย **🖵** หญิง **🖵** นักบวช/สมณะเพศ

๔) สถานที่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

 **🖵** บ้าน **🖵** ที่ทำงาน .....................................................................................................................................................................

เลขที่........................................................ หมู่ที่......................................... ตรอก/ซอย...........................................................................

ถนน....................................................................................................ตำบล/แขวง.........................................................................................

อำเภอ/เขต.............................................................. จังหวัด...................................................รหัสไปรษณีย์....................................

**๒. ประวัติการศึกษา** (เรียงจากวุฒิการศึกษาสูงสุดลงไปตามลำดับ)

1. .................................................................................................................................... สาขา ..............................................................................
2. ..................................................................................................................................... สาขา ..............................................................................
3. ..................................................................................................................................... สาขา ..............................................................................

**๓. ประวัติการทำงาน**

๑) หน้าที่การงานและความรับผิดชอบในปัจจุบัน

* ปัจจุบันปฏิบัติหน้าที่................................................................................................................................................................................................................................
* สถานที่ปฏิบัติงาน..........................................................................................................................................................................................................................
* งานในความรับผิดชอบ..............................................................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................................................

๒) การปฏิบัติหน้าที่ในอดีต (โปรดระบุเฉพาะหน้าที่ที่สำคัญ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ปฏิบัติหน้าที่ | องค์กร | ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ |
| ๑ |  |  |  |
| ๒ |  |  |  |
| ๓ |  |  |  |

๓) ประสบการณ์สำคัญหรือประสบการณ์ที่ภาคภูมิใจที่ได้ดำเนินงานสัมพันธ์กับประเภทกลุ่มผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่เลือกสมัคร

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**ส่วนที่ ๔ วิสัยทัศน์ของข้าพเจ้าต่อการพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ**

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................................................................................

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาเอกสารหรือหลักฐานที่แนบมาพร้อมใบสมัคร

**🖵** สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้แทนองค์กรภาคเอกชน (ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

**🖵** รูปถ่ายขนาด ๒ นิ้ว หน้าตรงไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาดำ ฉากพื้นหลังไม่มีลวดลาย ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน

 **🖵** แบบฟอร์ม สช./แบบขอขึ้นทะเบียนองค์กรภาคเอกชนและยืนยันการส่งผู้แทน

 ภาคเอกชน/๒๕๖๖ พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบ ๑ ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกข้างต้น และเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อประโยชน์ในการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติ
ตามประกาศ คณะกรรมการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง วิธีการ หลักเกณฑ์และระยะเวลาการเลือกผู้ผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๖ ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ และประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นโยบายและแนวปฏิบัติในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๔ หากมีข้อมูลใด
เป็นเท็จหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถูกตัดสิทธิจากการสรรหาในครั้งนี้

.............................................................ผู้สมัคร

(.....................................................................)

วันที่............เดือน................................พ.ศ.........