

แนบท้ายประกาศคณะกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.)

เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการรับสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกเข้ารับการอบรม

หลักสูตรอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) รอบที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๙

ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) รอบที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๙

แบบ อสพ๑ .

เลขที่ใบสมัคร.....

ติดรูปถ่ายหน้าตรง
ขนาด ๑ นิ้ว
ถ่ายไว้ไม่เกิน
๖ เดือน

ส่วนที่ ๑ พื้นที่สมัครและกลุ่มการอบรม

จังหวัดที่สมัคร

อำเภอ / ตำบลที่สมัคร /

หน่วยบริการ/รพ.สต. ที่กำกับ (ถ้ามี)

กลุ่มการอบรมตามคุณวุฒิและสถานะใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

กลุ่มที่สมัคร		ระยะเวลาการอบรม
☐	Track A กลุ่มคุณวุฒิผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีทั่วไป	๒๔๐ ชั่วโมง
☐	Track B กลุ่มคุณวุฒิผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีด้านสุขภาพ ตามบัญชีในเอกสารแนบท้ายประกาศหมายเลข ๒	๑๒๐ ชั่วโมง
☐	พยาบาลวิชาชีพ และกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพสุขภาพ	๓๐ ชั่วโมง

คำชี้แจงการจัดกลุ่ม

๑. ผู้สมัครเลือกได้เพียงหนึ่งกลุ่ม โดยการจัดกลุ่มให้พิจารณาจากคุณวุฒิการศึกษาและสถานะใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเป็นสำคัญ

๒. Track A กลุ่มปริญญาตรีทั่วไป ได้แก่ ผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน ซึ่งไม่อยู่ในบัญชีคุณวุฒิ Track B และไม่เข้าเกณฑ์กลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพสุขภาพ

๓. Track B กลุ่มปริญญาตรีด้านสุขภาพ ได้แก่ ผู้สำเร็จการศึกษาตามบัญชีคุณวุฒิด้านสุขภาพแนบท้ายประกาศ รวมถึงผู้สำเร็จการศึกษาในสาขาแพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ หรือสาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งไม่เคยได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ใบอนุญาตหมดอายุ หรือไม่สามารถแสดงหลักฐานว่าใบอนุญาตยังมีผลใช้บังคับในวันปิดรับสมัคร

๔. กลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพสุขภาพ หลักสูตร ๓๐ ชั่วโมง ได้แก่ ผู้มีคุณวุฒิและใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ยังมีผลใช้บังคับ ในวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) วิชาชีพเวชกรรม

(๒) วิชาชีพการสาธารณสุข

๕. กรณีชื่อคุณวุฒิหรือสาขาวิชาไม่ตรงบัญชี Track B หรือมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสถานะใบอนุญาต ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดวินิจฉัย

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลส่วนบุคคลและช่องทางติดต่อ

๒.๑ ชื่อและนามสกุลตามบัตรประจำตัวประชาชน

คำนำหน้านาม

☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ

ชื่อ นามสกุล

๒.๒ ข้อมูลประจำตัว

เลขประจำตัวประชาชน -

สัญชาติ เชื้อชาติ.....

วันเดือนปีเกิด วันที่ เดือน..... พ.ศ.

อายุ.....ปี.....เดือน (อายุนับถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๙)

๒.๓ ช่องทางติดต่อ

เบอร์โทรศัพท์มือถือหลัก

เบอร์โทรศัพท์สำรอง (ถ้ามี)

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail)

Line ID หรือช่องทางติดต่ออื่น (ถ้ามี)

ช่องทางที่ประสงค์ให้หน่วยงานใช้ติดต่อเป็นหลัก

☐ โทรศัพท์มือถือ ☐ E-mail ☐ Line ☐ อื่น ๆ

ส่วนที่ ๓ ที่อยู่และการรับรองการเป็นบุคคลในพื้นที่สมัคร

๓.๑ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ หมู่ที่ อาคาร/หมู่บ้าน

ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

๓.๒ ที่อยู่อาศัยอยู่จริงในปัจจุบัน

☐ ที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

☐ ที่อยู่แตกต่างจากที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

บ้านเลขที่ หมู่ที่ อาคาร/หมู่บ้าน

ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

๓.๓ การเป็นบุคคลในพื้นที่ตำบลที่สมัคร

ตำบลที่สมัคร อำเภอ

จังหวัด

ความเกี่ยวข้องกับพื้นที่ตำบลที่สมัคร โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับข้อเท็จจริง โดยเลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ

☐ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในตำบลที่สมัคร

☐ อาศัยอยู่จริงในตำบลที่สมัคร

☐ เป็นบุคคลในพื้นที่ตามที่กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน หรือบุคคลอื่นที่คณะกรรมการกลางกำหนดรับรอง

☐ สามารถปฏิบัติงานในตำบลที่สมัครได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาตามที่โครงการกำหนด

ส่วนที่ ๔ ประวัติการศึกษาและคุณวุฒิที่ใช้สมัคร

๔.๑ คุณวุฒิระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าที่ใช้เป็นหลักในการสมัคร

ให้ผู้สมัครกรอกชื่อปริญญา ชื่อสาขาวิชา และข้อมูลการศึกษาตามที่ปรากฏในปริญญาบัตร หนังสือรับรองคุณวุฒิ และระเบียบแสดงผลการศึกษาโดยครบถ้วน

รายการ	รายละเอียด
ชื่อปริญญาหรือคุณวุฒิบัพติม	
สาขาวิชา/วิชาเอก	
คณะหรือหน่วยงานที่จัดการศึกษา	
สถาบันการศึกษา	
ประเทศที่สำเร็จการศึกษา	
วันที่สำเร็จการศึกษา	วันที่ เดือน พ.ศ.
ปีการศึกษาที่สำเร็จ	

☐ เป็นคุณวุฒิจากสถาบันการศึกษาในประเทศไทย

☐ เป็นคุณวุฒิจากสถาบันการศึกษาในต่างประเทศ โดยได้แนบหลักฐานการรับรองหรือเทียบคุณวุฒิจากหน่วยงานที่มีอำนาจแล้ว

๔.๒ คุณวุฒิการศึกษาอื่น

กรณีผู้สมัครมีคุณวุฒิระดับปริญญาตรีมากกว่าหนึ่งคุณวุฒิ หรือมีคุณวุฒิระดับสูงกว่าปริญญาตรี ให้ระบุเพิ่มเติม ดังนี้

ระดับการศึกษา	ชื่อปริญญา/คุณวุฒิตามเอกสาร	สาขาวิชา/วิชาเอก	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จ
ปริญญาตรีเพิ่มเติม				
ปริญญาโท				
ปริญญาเอก				
อื่น ๆ ระบุ				

ส่วนที่ ๕ ข้อมูลใบอนุญาตประกอบวิชาชีพและสถานภาพการประกอบอาชีพ

๕.๑ การมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

☐ ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

☐ มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ โปรดระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประเภทวิชาชีพ	เลขที่ใบอนุญาต	วันที่ออกใบอนุญาต	วันสิ้นอายุ	สถานะใบอนุญาต
☐ การพยาบาลและการผดุงครรภ์				☐ ยังมีผล ☐ หมดอายุ ☐ พักใช้ ☐ เพิกถอน ☐ ตรวจสอบไม่ได้
☐ เวชกรรม				☐ ยังมีผล ☐ หมดอายุ ☐ พักใช้ ☐ เพิกถอน ☐ ตรวจสอบไม่ได้
☐ การสาธารณสุขชุมชน				☐ ยังมีผล ☐ หมดอายุ ☐ พักใช้ ☐ เพิกถอน ☐ ตรวจสอบไม่ได้
☐ อื่น ๆ ระบุ				☐ ยังมีผล ☐ หมดอายุ ☐ พักใช้ ☐ เพิกถอน ☐ ตรวจสอบไม่ได้

ชื่อสภาวิชาชีพหรือหน่วยงานผู้ออกใบอนุญาต

.....

ช่องทางหรือหลักฐานการตรวจสอบสถานะใบอนุญาต

☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

☐ ผลการตรวจสอบจากเว็บไซต์หรือฐานข้อมูลของสภาวิชาชีพ

☐ หนังสือรับรองสถานะใบอนุญาต

☐ อื่น ๆ ระบุ

☐ ข้าพเจ้าประสงค์ใช้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพข้างต้นเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณาเข้ารับการอบรมในกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ หลักสูตร ๓๐ ชั่วโมง

๕.๒ สถานภาพการประกอบอาชีพในปัจจุบัน

☐ ปฏิบัติงานในวิชาชีพอยู่

ชื่อหน่วยงาน/สถานประกอบการ

.....

ตำแหน่ง

.....

ประเภทหน่วยงาน

☐ ส่วนราชการ

☐ รัฐวิสาหกิจ

☐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

☐ หน่วยงานเอกชน

☐ ประกอบวิชาชีพอิสระ

☐ อื่น ๆ

.....

☐ เกษียณอายุแล้ว

หน่วยงานเดิม

.....

ตำแหน่งก่อนเกษียณ

.....

☐ พ้นจากงานประจำแล้วและไม่ได้ประกอบวิชาชีพในปัจจุบัน

☐ สำเร็จการศึกษาในสาขาวิชาชีพสุขภาพ แต่ไม่เคยประกอบวิชาชีพ

☐ อื่น ๆ ระบุ

คำชี้แจง

การจัดกลุ่มการอบรมให้พิจารณาจากคุณวุฒิการศึกษาและสถานะใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่มีผลบังคับใช้ ผู้สมัครที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม การพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือการสาธารณสุขชุมชน ซึ่งยังมีผลใช้บังคับ มีสิทธิได้รับการพิจารณาเข้ากลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพสุขภาพ หลักสูตร ๓๐ ชั่วโมง

ผู้ที่ไม่เคยได้รับใบอนุญาต ใบอนุญาตหมดอายุ หรือไม่สามารถแสดงหลักฐานว่าใบอนุญาตยังมีผลใช้บังคับ ให้พิจารณาจัดเข้ากลุ่ม Track B ตามคุณวุฒิ

ส่วนที่ ๖ ประสิทธิภาพด้านสุขภาพ การดูแลประชาชน และงานชุมชน

คำชี้แจง: ให้ผู้สมัครระบุประสบการณ์ที่เคยปฏิบัติจริง ทั้งที่เป็นงานประจำ งานชั่วคราว งานอาสาสมัคร การฝึกปฏิบัติ หรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน โดยระบุลักษณะงาน หน่วยงานหรือพื้นที่ และระยะเวลาให้ชัดเจน ทั้งนี้ การไม่มีประสบการณ์ในบางด้านไม่ถือเป็นเหตุให้ขาดคุณสมบัติ

ประเภทประสบการณ์	มี/ไม่มี	บทบาทหรือลักษณะงานที่ปฏิบัติ	หน่วยงาน/พื้นที่	ระยะเวลา
๑. การดูแลผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิง คนพิการ หรือผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง	☐ มี ☐ ไม่มี			
๒. การดูแลหรือสนับสนุนการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น	☐ มี ☐ ไม่มี			
๓. การดูแลหรือส่งเสริมสุขภาพมารดา ทารก และเด็ก	☐ มี ☐ ไม่มี			
๔. การดูแล สนับสนุน หรือติดตามผู้มีปัญหาสุขภาพจิตหรือยาเสพติด	☐ มี ☐ ไม่มี			
๕. การเยี่ยมบ้าน การดูแลสุขภาพชุมชน หรือการปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิ	☐ มี ☐ ไม่มี			
๖. การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	☐ มี ☐ ไม่มี			
๗. งานอาสาสมัคร งานสาธารณประโยชน์ หรือการทำงานร่วมกับชุมชน	☐ มี ☐ ไม่มี			
๘. ประสบการณ์อื่นที่เกี่ยวข้องกับบทบาทอาสาพยาบาลชุมชน ระบุ.....	☐ มี ☐ ไม่มี			

การระบุระยะเวลา

ตั้งแต่เดือน..... ปี/..... ปี/ถึงเดือนเดือน ปี รวมระยะเวลา

ทักษะหรือความสามารถที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน

ภาษาท้องถิ่นหรือภาษาที่สามารถใช้สื่อสาร

ทักษะด้านการสื่อสาร การประสานงาน หรือการทำงานกับประชาชน

ทักษะหรือความสามารถอื่นที่เกี่ยวข้อง

หลักฐานประกอบประสบการณ์หรือทักษะ (ถ้ามี)

☐ หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน

☐ หนังสือรับรองประสบการณ์

☐ วุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตร

☐ หลักฐานการเป็นอาสาสมัคร

☐ อื่น ๆ ระบุ

ส่วนที่ ๗ ความพร้อมด้านเทคโนโลยีดิจิทัลและการลงพื้นที่ปฏิบัติงาน

คำชี้แจง: ข้อมูลในส่วนนี้ใช้ประกอบการประเมินความพร้อมและวางแผนการฝึกอบรมหรือการสนับสนุนที่จำเป็น การไม่มีอุปกรณ์หรือยังไม่มีทักษะบางประการไม่ถือเป็นเหตุให้ขาดคุณสมบัติ ทั้งนี้ ผู้สมัครต้องสามารถพัฒนาทักษะและปฏิบัติตามระบบที่โครงการกำหนดก่อนเริ่มปฏิบัติงาน

๗.๑ ความพร้อมด้านอุปกรณ์และการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต

อุปกรณ์ที่สามารถใช้ในการปฏิบัติงาน

- ☐ มีสมาร์ทโฟนที่สามารถติดตั้งและใช้งานแอปพลิเคชันที่โครงการกำหนดได้
- ☐ มีแท็บเล็ตหรืออุปกรณ์อื่นที่สามารถใช้งานได้
- ☐ สามารถจัดหาอุปกรณ์ให้พร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงาน
- ☐ ยังไม่มีอุปกรณ์และต้องการการสนับสนุน
- ☐ อื่น ๆ ระบุ

การเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต

- ☐ มีอินเทอร์เน็ตเคลื่อนที่และสามารถใช้งานในพื้นที่ได้เป็นประจำ
- ☐ มีอินเทอร์เน็ตแต่สัญญาณในบางพื้นที่ไม่ครอบคลุม
- ☐ สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้เฉพาะบางสถานที่
- ☐ ยังไม่มีอินเทอร์เน็ตสำหรับใช้ปฏิบัติงาน
- ☐ อื่น ๆ ระบุ

๗.๒ ความสามารถในการใช้ระบบดิจิทัล

โปรดประเมินความสามารถของตนเองตามความเป็นจริง

รายการ	สามารถทำได้ ด้วยตนเอง	ทำได้บางส่วน/ ต้องการคำแนะนำ	ยังไม่เคยใช้/ ต้องได้รับการฝึก
การใช้งานแอปพลิเคชันพร้อม	☐	☐	☐
การติดตั้งและเข้าสู่ระบบแอปพลิเคชัน	☐	☐	☐
การบันทึกและส่งข้อมูลผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์	☐	☐	☐
การถ่ายภาพหรือสแกนเอกสารและส่งผ่านระบบ	☐	☐	☐
การเปิดใช้งานตำแหน่งที่ตั้งของอุปกรณ์	☐	☐	☐
การรักษารหัสผ่านและความลับของข้อมูลผู้รับบริการ	☐	☐	☐

ทักษะหรือระบบอื่นที่เคยใช้งาน

.....

ความช่วยเหลือหรือการฝึกอบรมที่ต้องการ

.....

๗.๓ ความพร้อมในการเดินทางลงพื้นที่

วิธีการเดินทางที่สามารถใช้ในการปฏิบัติงาน เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ

- ☐ รถจักรยานยนต์ส่วนบุคคล
- ☐ รถยนต์ส่วนบุคคล
- ☐ รถจักรยาน
- ☐ รถโดยสารสาธารณะ
- ☐ เดินเท้าในพื้นที่ใกล้เคียง
- ☐ ใช้ยานพาหนะร่วมกับบุคคลอื่นหรือเครือข่ายในพื้นที่
- ☐ สามารถจัดหาวิธีการเดินทางได้ตามความเหมาะสม
- ☐ อื่น ๆ ระบุ

กรณีใช้รถจักรยานยนต์หรือรถยนต์ในการปฏิบัติงาน

- ☐ มีใบอนุญาตขับรถที่ยังมีผลใช้บังคับ
- ☐ ไม่มีใบอนุญาตขับรถ
- ☐ ไม่ประสงค์ใช้รถจักรยานยนต์หรือรถยนต์ในการปฏิบัติงาน

๗.๔ ความพร้อมในการปฏิบัติงานในชุมชน

- ☐ สามารถเดินทางไปเยี่ยมบ้านและปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลที่สมัครได้ตามแผนงานที่ได้รับมอบหมาย
- ☐ สามารถปฏิบัติงานได้ แต่มีข้อจำกัดที่ควรแจ้งให้หน่วยงานทราบ
โปรดระบุ
- ☐ ต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกหรือการสนับสนุนเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้
โปรดระบุ
- ☐ ยังไม่สามารถยืนยันความพร้อมในการลงพื้นที่ได้
เหตุผล

ส่วนที่ ๘ คำรับรองตนเองเกี่ยวกับคุณสมบัติ

- ☐ มีสัญชาติ อายุ และคุณสมบัติตามประกาศ
- ☐ ไม่มีข้อผูกพันจากงาน หรือสัญญาอื่นที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานตามประกาศได้
- ☐ ยินยอมให้ตรวจสอบคุณสมบัติ ใบอนุญาต ประวัติการทำงาน หนังสือรับรองพื้นที่ และข้อมูลที่เป็น
- ☐ ข้อมูลและเอกสารที่ยื่นเป็นความจริง หากเป็นเท็จหรือปกปิดข้อเท็จจริง ยินยอมให้ตัดสิทธิหรือเพิกถอนผลการคัดเลือก

ส่วนที่ ๙ เอกสารประกอบการสมัคร

รายการเอกสาร	เจ้าหน้าที่	รายการเอกสาร	เจ้าหน้าที่
บัตรประชาชน	☐	ทะเบียนบ้าน	☐
ปริญญาบัตร/รับรองคุณวุฒิ	☐	Transcript	☐
ใบอนุญาตวิชาชีพ (ถ้ามี)	☐	หนังสือรับรองพื้นที่	☐
รูปถ่าย ๑ นิ้ว	☐	หนังสือรับรองประสบการณ์ (ถ้ามี)	☐
ใบรับรองแพทย์	☐	หลักฐานที่ผ่านการเกณฑ์ทหาร (ใบสด.๘/ใบสด.๔๓)	☐
หลักฐานการเปลี่ยนชื่อหรือชื่อสกุล (ถ้ามี)	☐	หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี)	☐

ส่วนที่ ๑๐ การรับทราบการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

การใช้ข้อมูล: หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาจเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และตรวจสอบข้อมูลเท่าที่จำเป็นเพื่อการรับสมัคร ตรวจสอบคุณสมบัติ คัดเลือก อบรม ประเมิน ขึ้นบัญชี จัดจ้าง กำกับติดตาม และดำเนินการตามกฎหมาย

ข้อมูลที่ต้องคุ้มครองเป็นพิเศษ: ข้อมูลสุขภาพและข้อมูลประวัติอาชญากรรมจะใช้เท่าที่จำเป็นและอยู่ภายใต้มาตรการรักษาความมั่นคงปลอดภัย

การประกาศรายชื่อ: อาจเผยแพร่ชื่อ-สกุล เลขผู้สมัครบางส่วน พื้นที่สมัคร และผลการคัดเลือกเท่าที่จำเป็นโดยไม่เผยแพร่เลขประจำตัวประชาชนหรือข้อมูลสุขภาพ

การตรวจสอบ: หน่วยงานอาจติดต่อสถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ ต้นสังกัด ผู้นำชุมชน หรือหน่วยงานรัฐเพื่อยืนยันข้อมูลภายในขอบเขตกฎหมาย

☐ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้นและประกาศความเป็นส่วนตัวแล้ว

คำรับรองและคำขอสมัคร

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้ารับการคัดเลือกตามประกาศคณะกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) และรับรองว่าข้อมูลและเอกสารทั้งหมดถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นความจริง และข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนในวันทำสัญญา

ผู้สมัคร

เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร

ลงชื่อ
(.....)
วันที่ / /

ลงชื่อ
(.....)
วันที่ / /

หมายเหตุ

- กรอกข้อมูลให้ชัดเจนและลงลายมือชื่อกำกับทุกแห่งที่แก้ไข
- การรับสมัครไม่เสียค่าธรรมเนียม

บัญชีแนบท้ายประกาศหมายเลข ๘

แนบท้ายประกาศคณะกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.)

เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการรับสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกเข้ารับการอบรม

หลักสูตรอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) รอบที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๔

แบบตรวจสอบใบสมัครและวินิจฉัยกลุ่มคุณสมบัติอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) รอบที่ ๒

เลขที่ใบสมัครจังหวัด อำเภอ ตำบล

ชื่อเลขประจำ สกุล-ตัวประชาชน

ก. ผลการตรวจเอกสารและคุณสมบัติเบื้องต้น					
รายการ	ครบ	ขาด	รายการ	ครบ	ขาด
ใบสมัคร/ลายมือชื่อ	☐	☐	บัตรประชาชน	☐	☐
ทะเบียนบ้าน	☐	☐	ปริญญาบัตร/คุณวุฒิ	☐	☐
Transcript	☐	☐	ใบอนุญาตวิชาชีพ	☐	☐
รูปถ่าย	☐	☐	หลักฐานอื่น	☐	☐
หนังสือรับรองพื้นที่	☐	☐	ใบรับรองแพทย์	☐	☐
คุณสมบัติทั่วไป	☐	☐	หลักฐานที่ผ่านการ เกณฑ์ทหาร (ใบสด.๘/ใบ สด.๔๓)	☐	☐
หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือชื่อสกุล (ถ้ามี)	☐	☐	หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี)	☐	☐
ข. การพิจารณากลุ่มคุณสมบัติ					
ชื่อปริญญา/สาขา					
ผลเบื้องต้น			☐ Track A (๒๔๐ ชม.) ☐ Track B (๑๒๐ ชม.)		
สถานะใบอนุญาต			☐ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ประกอบวิชาชีพ (๓๐ ชม.)		
ค. ผลการตรวจคุณสมบัติ					
☐ มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก ☐ ไม่มีสิทธิ เนื่องจาก ☐ เอกสารครบ ☐ ให้ยื่นเพิ่มภายในวันที่ รายการ ข้อสังเกต					

เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

ผู้รับรองผลการตรวจสอบ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

วันที่ / /

วันที่ / /