ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลมะขามเตี้ย
เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อแต่งตั้งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
องค์การบริหารส่วนตำบลมะขามเตี้ย

อาศัยอำนาจตามความใน ข้อ ๑๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ จึงประกาศให้มีการเลือกผู้ทรงคุณวุฒิในท้องถิ่นจำนวนสองคน

“กองทุนหลักประกันสุขภาพ” หมายความว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

“คณะกรรมการกองทุน” หมายความว่า คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลมะขามเตี้ย

“ผู้ทรงคุณวุฒิ” หมายความว่า ผู้มีความรู้ ความสามารถด้านต่างๆ เช่น ด้านวิชาชีพการแพทย์ การสาธารณสุข ด้านกฎหมาย ด้านการเงินการคลัง ด้านปราชญ์ชาวบ้านหรือด้านอื่นๆ

๑. ตำแหน่งที่รับสมัคร

ตำแหน่งผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๒ อัตรา

๒. คุณสมบัติของผู้สมัคร

ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลมะขามเตี้ย จะต้องมีความรู้ ความสามารถด้านต่างๆ เช่น ด้านวิชาชีพการแพทย์ การสาธารณสุข ด้านกฎหมาย ด้านการเงินการคลัง ด้านปราชญ์ชาวบ้านหรือด้านอื่นๆ มีชื่อในทะเบียนบ้าน หรือมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลมะขามเตี้ย

๓. การรับสมัคร

ผู้ที่ประสงค์จะสมัคร เพื่อแต่งตั้งเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลมะขามเตี้ย ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนด รับใบสมัครและยื่นใบสมัครโดยตรงด้วยตนเอง ณ ที่ทำองค์การบริหารส่วนตำบลมะขามเตี้ย หมู่ที่ ๗ ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี โทรศัพท์หมายเลข ๐-๗๗๓๕-๕๐๔๗ ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. เว้นวันหยุดราชการ

๔. การคัดเลือก

การดำเนินการคัดเลือกผู้สมัคร เพื่อแต่งตั้งเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลมะขามเตี้ย ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๕ โดยให้กรรมการตาม (๑) (๓) (๔) (๕) (๖) (๗) (๘) (๙) และ(๑๐) ประชุมคัดเลือกกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๒ คน

/๕. การประกาศผล...

๕. การประกาศผลการคัดเลือก

เมื่อคณะกรรมการตาม (๑) (๓) (๔) (๕) (๖) (๗) (๘) (๙) และ(๑๐) ประชุมคัดเลือกกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๒ คน เรียบร้อยและให้ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ออกคำสั่งแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลมะขามเตี้ย อยู่ในตำแหน่งคราวละสี่ปีนับแต่วันออกคำสั่งแต่งตั้ง

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(นายพงษ์ศักดิ์ แสงจันทร์)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมะขามเตี้ย

ลำดับที่.....

รูปถ่าย

ใบสมัครรับคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ

เพื่อเข้ารับการคัดเลือกและแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งกรรมการกองทุน สปสช.อบต.มะขามเตี้ย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....

☐ ด้วยข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอสมัคร เพื่อรับการคัดเลือกและแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง กรรมการกองทุน สปสช.อบต.มะขามเตี้ย จึงขอแจ้งประวัติและคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

ข้อมูลประวัติของผู้สมัคร

๑. ชื่อตัว..... ชื่อสกุล.....

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

๓. อยู่บ้านเลขที่ .....หมู่.....ถนน.....

ตรอก/ซอย.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-mail.....โทรศัพท์มือถือ.....

๔. เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

๕. การศึกษา

๑.) ชื่อสถานศึกษา.....

วุฒิการศึกษา.....

๒.) ชื่อสถานศึกษา.....

วุฒิการศึกษา.....

๓.) ชื่อสถานศึกษา.....

วุฒิการศึกษา.....

๖. ความรู้พิเศษหรือประกาศนียบัตรอื่นๆ (ถ้ามี)

.....

.....

.....

.....

/๗. อาชีพ.....

๗. อาชีพ

๑.) อาชีพปัจจุบัน.....

๒.) ตำแหน่ง.....

๓.) หน่วยงาน.....

๘. ผลงาน/ประสบการณ์ที่ผ่านมา

.....

.....

.....

.....

๑๑. พร้อมกันนี้ได้แนบแบบเอกสารที่เกี่ยวข้อง

☐ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป (ถ่ายไว้ไม่เกินหกเดือน)

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่ยังไม่หมดอายุพร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง ๑ ฉบับ

☐ เอกสารอื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่กล่าวข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลและคุณสมบัติของข้าพเจ้าจากบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และข้าพเจ้ายอมรับผลการพิจารณา โดยไม่ติดใจเรียกร้องไม่ว่าในกรณีใดๆ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.๒๕๖๕