



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

จังหวัด

มูลนิธิเลขทะเบียนลำดับที่ 802

เรียน ประธาน พอ.สว. ประจำจังหวัด

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส.⁽¹⁾
บัตรประจำตัว ข้าราชการ / ประชาชน / เลขที่ อายุ ปี อาชีพ
สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ โทรศัพท์
ตำแหน่งหน้าที่ คุณวุฒิ
นามสามี / ภรรยา..... บุตร คน
ที่อยู่ซึ่งติดต่อได้ทางไปรษณีย์ บ้านเลขที่ ซอย ถนน
ตำบล อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ มีความยินดีสมัครเป็นอาสาสมัครสามัญ พอ.สว.
งาน⁽²⁾ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่
 อื่นๆ ระบุ.....

ในการนี้ ข้าพเจ้าได้แนบรูปถ่าย ขนาด 1 1/2 นิ้ว จำนวน 2 รูป มาด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ⁽¹⁾
วันที่

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส.⁽³⁾
ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในระเบียบมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
และสามารถปฏิบัติงานอาสาสมัครได้

ลงชื่อ⁽³⁾
เลขานุการ พอ.สว. ประจำจังหวัด
วันที่

จาก ประธานกรรมการ พอ.สว. ประจำจังหวัด

เรียน เลขานุการมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

ข้าพเจ้าได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุมัติรับเป็นอาสาสมัครสามัญ พอ.สว.

ลงชื่อ
(.....)
วันที่

(โปรดดูคำอธิบายด้านหลัง) 26 ต.ค. 2537

แบบ 3/1

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

คุณสมบัติของอาสาสมัคร พอ.สว.

1. อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์
2. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือ ไม่เป็นผู้มีหนี้สินล้นพ้นตัว
3. ไม่เป็นผู้มีชื่อเสียงเสื่อมเสียทางศีลธรรม
4. ไม่เป็นผู้ต้องคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่จะไต่กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
5. ไม่เป็นโรคซึ่งต้องห้ามในการเข้ารับราชการ คือ โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม วัณโรคในระยะอันตราย โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม โรคติดยาเสพติดให้โทษ โรคพิษสุราเรื้อรัง