มูลนิธิเลขทะเบียนลำดับที่ 802

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

จังหวัด .....

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 $1\frac{1}{2}$ 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 เลขาธิการมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

ข้าพเจ้าได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุมัติรับเป็นอาสาสมัครสามัญ พอ.สว.

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่ .....

(โปรดดูคำอธิบายด้านหลัง) 26 ต.ค. 2537

แบบ 3/1

คำอธิบาย

(1) ชื่อผู้สมัคร

(2) ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ ของงาน

(3) ชื่อผู้รับรอง คือ เลขานุการ พอ.สว. ประจำจังหวัด

คุณสมบัติของอาสาสมัคร พอ.สว.

1. อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์
2. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือไม่เป็นผู้มีหนี้สินล้นพ้นตัว
3. ไม่เป็นผู้มีชื่อเสียงเสื่อมเสียทางศีลธรรม
4. ไม่เป็นผู้ต้องคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่จะได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
5. ไม่เป็นโรคซึ่งต้องห้ามในการเข้ารับราชการ คือ โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม วัณโรคในระยะอันตราย โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม โรคติดยาเสพติดให้โทษ โรคพิษสุราเรื้อรัง