



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

จังหวัด .....

มูลนิธิเลขทะเบียนลำดับที่ 802

เรียน ประธาน พอ.สว. ประจำจังหวัด

ข้าพเจ้า นาย / นาง / น.ส. <sup>(1)</sup> .....

บัตรประจำตัวข้าราชการ / 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 <sup>(2)</sup>  หน่วยแพทย์เคลื่อนที่  
 อื่นๆ ระบุ.....

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ <sup>(1)</sup> .....  
วันที่ .....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / น.ส. <sup>(3)</sup> .....

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในระเบียบมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี  
และสามารถปฏิบัติงานอาสาสมัครได้

ลงชื่อ <sup>(3)</sup> .....  
เลขานุการ พอ.สว. ประจำจังหวัด  
วันที่ .....

จาก ประธานกรรมการ พอ.สว. ประจำจังหวัด

เรียน เลขาธิการมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

ข้าพเจ้าได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุมัติรับเป็นอาสาสมัครสามัญ พอ.สว.

ลงชื่อ .....  
( ..... )  
วันที่ .....

## คำอธิบาย

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

### คุณสมบัติของอาสาสมัคร พอ.สว.

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