



ที่ รบ ๐๐๓๓/ว๖๐๓๘

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี
ถนนศรีสุริยวงศ์ ราชบุรี ๗๐๐๐๐

๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๙

เรื่อง ขอส่งประกาศคณะกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ) เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการรับสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกเข้ารับการอบรมหลักสูตรอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ) พ.ศ. ๒๕๖๙

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง, สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๗๐๑.๗.๕/ว๖๖๐๐ ลงวันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๙

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ขอส่งประกาศคณะกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ) เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการรับสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกเข้ารับการอบรมหลักสูตรอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ) พ.ศ. ๒๕๖๙ พิมพ์ใบสมัครได้ทางอินเทอร์เน็ต <http://www.rbpho.moph.go.th/> หัวข้อข่าวประชาสัมพันธ์ หรือ ขอใบสมัครและยื่นใบสมัครด้วยตนเองได้ที่ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ชั้น ๓ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๙ ในวันและเวลาราชการ

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี จึงขอแจ้งให้ท่านทราบและประชาสัมพันธ์ต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและประชาสัมพันธ์ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายเจตนา คันทathy)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐๓๒-๓๒๘๑๐๑ - ๗ ต่อ ๓๑๒-๓๑๔

โทรสาร ๐ ๐๓๒-๓๒๘๑๑๐

วิสัยทัศน์จังหวัดราชบุรี: เมืองเกษตรสีเขียว เศรษฐกิจเข้มแข็ง สังคมคุณภาพ

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๗๐๑.๗.๕/ว๒๖๐๐



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอส่งประกาศคณะกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการรับสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกเข้ารับการอบรมหลักสูตรอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) พ.ศ. ๒๕๖๔

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศรับสมัครอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.)

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยคณะกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) ได้มีประกาศรับสมัครอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรมหลักสูตรอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) ระหว่างวันที่ ๑๕ - ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปด้วยความเรียบร้อย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงขอส่งประกาศคณะกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการรับสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกเข้ารับการอบรมหลักสูตรอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) พ.ศ. ๒๕๖๔ ให้ทราบโดยทั่วกัน รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ทั้งนี้มอบหมายให้ นางสาวปานชนก อมรฤทธิ์ โทร. ๐๒ ๑๙๓ ๗๐๙๒ เป็นผู้ประสานงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการประชาสัมพันธ์การรับสมัครอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) ต่อไปด้วย จะขอบคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอาคม ประดิษฐ์สุวรรณ)

รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

โทร. ๐๒ ๑๙๓ ๗๐๙๒

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ planhss.journal@gmail.com



สิ่งที่ส่งมาด้วย



ประกาศคณะกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.)
เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการรับสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกเข้ารับการอบรม
หลักสูตรอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) พ.ศ. ๒๕๖๙

ตามที่คณะรัฐมนตรีได้แถลงนโยบายต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ ๙ เมษายน ๒๕๖๙ กำหนดโครงการพยาบาลอาสาประจำหมู่บ้าน เพื่อดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชน เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถประกอบอาชีพได้ และกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) เพื่อยกระดับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการดูแลสุขภาพประชาชนเชิงรุกในระดับพื้นที่ ประกอบกับมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๙ รับทราบและเห็นชอบตามที่สำนักงานประสานงานข้อเสนอข้อเสนอร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐ โครงการพัฒนาภาคีเครือข่ายให้มีศักยภาพ ในการดำเนินการจัดการสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในชุมชน กิจกรรมพัฒนาอาสาพยาบาลชุมชน และพัฒนาระบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเชิงรุก นั้น

กระทรวงสาธารณสุขได้มีคำสั่งที่ ๘๒๖/๒๕๖๙ ลงวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๙ แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) คณะกรรมการบริหารหลักสูตรอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) คณะกรรมการประเมินผลหลักสูตรอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) และคณะกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) และจากมติที่ประชุมคณะกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) เมื่อวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๙ เห็นชอบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการรับสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกเข้ารับการอบรมหลักสูตรอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) พ.ศ. ๒๕๖๙

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔.๒.๑ ของคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๘๒๖/๒๕๖๙ ลงวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๙ คณะกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน จึงออกประกาศหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการรับสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกเข้ารับการอบรมหลักสูตรอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) พ.ศ. ๒๕๖๙ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. วัตถุประสงค์

เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรมหลักสูตรอาสาพยาบาลชุมชนตามกลุ่มคุณสมบัติ

๒. บทนิยาม

๒.๑ “อาสาพยาบาลชุมชน” หรือ “อสพ.” หมายถึง บุคคลซึ่งผ่านการคัดเลือก ผ่านการอบรม และผ่านการประเมินสมรรถนะตามหลักสูตรที่กำหนด และได้ทำสัญญาจ้างกับหน่วยงานผู้ว่าจ้างแล้ว

๒.๒ “พื้นที่สมัครเพื่อปฏิบัติงาน” หมายถึง ตำบลเป้าหมายที่ผู้สมัครปฏิบัติงาน

๒.๓ “คณะกรรมการกลาง” หมายถึง คณะกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๘๒๖/๒๕๖๙ ลงวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๙ หรือคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงานที่คณะกรรมการดังกล่าวมอบหมาย

๒.๔ “พยาบาลวิชาชีพ” หมายถึง ผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์ หรือคุณวุฒิที่สภาการพยาบาลรับรอง และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ยังมีผลใช้บังคับ

๒.๕ “ผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ” หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ซึ่งมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพประเภทนั้นที่ยังมีผลใช้บังคับ

๓. กรอบจำนวนและพื้นที่เป้าหมาย

กำหนดกรอบผู้ได้รับการคัดเลือกเข้ารับการอบรมหลักสูตรอาสาพยาบาลชุมชน จำนวน ๗,๒๕๖ คน ครอบคลุมตำบลเป้าหมายใน ๗๖ จังหวัด โดยจัดสรรตำบลละ ๑ คน

๔. บทบาทหน้าที่

๔.๑ สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพระดับครัวเรือน การมาตามนัด การใช้ยาอย่างถูกต้องตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

๔.๒ เยี่ยมบ้าน สังเกต ติดตาม และบันทึกข้อมูลสุขภาพของประชาชนตามรายชื่อ และแผนการดูแลที่หน่วยบริการมอบหมาย

๔.๓ ใช้แบบประเมินหรือเครื่องมือคัดกรองมาตรฐาน วัดและบันทึกข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน และรายงานสัญญาณอันตรายตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) กำหนด ทั้งนี้ เฉพาะเมื่อผ่านการฝึกอบรมและได้รับมอบหมาย

๔.๔ ประสานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแล ครอบครัวยุโรปยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และทีมเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง

๔.๕ บันทึกและรายงานผลผ่านระบบดิจิทัลที่กำหนด โดยปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและมาตรการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลสุขภาพ

๔.๖ ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการกำหนด หรือผู้ว่าจ้างมอบหมาย

๕. คุณสมบัติทั่วไปของผู้สมัคร

๕.๑ มีสัญชาติไทย

๕.๒ มีอายุไม่ต่ำกว่า ๒๐ ปีบริบูรณ์ และมีอายุไม่เกินเกณฑ์ ตามข้อ ๖.๑ ที่กำหนดสำหรับแต่ละกลุ่มคุณวุฒิ นับถึงวันปิดรับสมัคร

๕.๓ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน จากสถาบันการศึกษาที่ได้รับการรับรอง ตามกลุ่มคุณวุฒิในเอกสารแนบท้ายประกาศหมายเลข ๑ และ ๒

๕.๔ มีชื่อในทะเบียนบ้านหรืออาศัยอยู่จริงในพื้นที่สมัคร หรือเป็นบุคคลที่กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน รับรองว่าเป็นคนในพื้นที่ และสามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง โดยไม่กำหนดระยะเวลาการอยู่อาศัยขั้นต่ำ

๕.๕ เป็นบุคคลที่ผ่านการตรวจเลือกทหารกองเกินเข้ารับราชการทหารกองประจำการ หรือเป็นบุคคลที่พ้นภาระทางทหารแล้ว ใบรับรองผลการตรวจเลือกทหารกองเกินเข้ารับราชการทหารกองประจำการ (แบบ สด.๔๓) หรือ หนังสือสำคัญประจำตัวแสดงวิทย์ฐานะ (สำหรับผู้สำเร็จการฝึกวิชาทหาร หรือ รด.)

๖. คุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัคร

๖.๑ ต้องมีคุณสมบัติเฉพาะตามกลุ่มที่สมัคร ดังต่อไปนี้

กลุ่มคุณวุฒิผู้สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาตรีทั่วไป (Track A)	กลุ่มคุณวุฒิผู้สำเร็จการศึกษาระดับ ปริญญาตรีด้านสุขภาพ (Track B)	กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ
สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ ในระดับเดียวกันในสาขาที่มีใช้ คุณวุฒิ ด้านสุขภาพ (Track B) ตามบัญชีแนบท้ายประกาศ	สำเร็จการศึกษาด้านบัญชีคุณวุฒิด้าน สุขภาพ (Track B) แนบท้ายประกาศ	เป็นผู้มีคุณวุฒิ และใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพที่ยังมีผลบังคับใช้ใน วิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง (มีใบประกอบ วิชาชีพ) ดังต่อไปนี้ (๑) วิชาชีพการพยาบาลและการผดุง ครรภ์ (๒) วิชาชีพเวชกรรม หรือ (๓) วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน
มีอายุไม่เกิน ๖๐ ปีบริบูรณ์ในวัน ปิดรับสมัคร	มีอายุไม่เกิน ๖๕ ปีบริบูรณ์ในวัน ปิดรับสมัคร	มีอายุไม่เกิน ๗๐ ปีบริบูรณ์ในวัน ปิดรับสมัคร
ต้องเข้ารับการอบรมหลักสูตรอาสา พยาบาลชุมชน จำนวน ๒๔๐ ชั่วโมง	ต้องเข้ารับการอบรมหลักสูตรอาสา พยาบาลชุมชน จำนวน ๑๒๐ ชั่วโมง	ต้องเข้ารับการอบรมตามที่คณะกรรมการ กลางกำหนด จำนวน ๓๐ ชั่วโมง

๖.๒ สามารถเข้ารับการอบรมและฝึกปฏิบัติตามระยะเวลาของหลักสูตรได้ครบถ้วน

๗. กลุ่มคุณวุฒิและระยะเวลาการอบรม

๗.๑ กลุ่มคุณวุฒิผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีทั่วไป (Track A) ซึ่งไม่อยู่ในบัญชี
คุณวุฒิด้านสุขภาพ (Track B) และไม่ใช้พยาบาลวิชาชีพ ตามข้อ ๒.๔ ต้องเข้ารับการอบรม ๒๔๐ ชั่วโมง

๗.๒ กลุ่มคุณวุฒิผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีด้านสุขภาพ (Track B) ตามบัญชี
ในเอกสารแนบท้ายประกาศหมายเลข ๒ ต้องเข้ารับการอบรม ๑๒๐ ชั่วโมง รวมถึงผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์
แพทยศาสตร์ หรือสาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งไม่เคยได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ใบอนุญาตหมดอายุ หรือไม่
สามารถแสดงหลักฐานว่าใบอนุญาตยังมีผลใช้บังคับ

๗.๓ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพและกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ ผู้มีคุณสมบัติตามข้อ ๒.๔
และข้อ ๒.๕ ไม่ว่าจะเกษียณอายุ หรือพ้นจากงานประจำ และกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ โดยเป็นผู้มีคุณวุฒิ
และใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ยังมีผลใช้บังคับ ในวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง ได้แก่ (๑) วิชาชีพการพยาบาล
และการผดุงครรภ์ (๒) วิชาชีพเวชกรรม หรือ (๓) วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ต้องเข้ารับการอบรมเฉพาะ
บทบาท ขอบเขต และระบบการดำเนินงานของอาสาพยาบาลชุมชน จำนวน ๓๐ ชั่วโมง

๗.๔ กรณีชื่อคุณวุฒิหรือสาขาวิชาไม่ตรงตามบัญชีคุณวุฒิผู้สำเร็จการศึกษาระดับ
ปริญญาตรีด้านสุขภาพ (Track B) ให้ใช้หลักเกณฑ์และกระบวนการวินิจฉัยของคณะกรรมการกลาง
ตามเอกสารแนบท้ายประกาศหมายเลข ๒ หรือตามที่คณะกรรมการกลางกำหนดเป็นอย่างอื่น

๘. วัน เวลา วิธีการ และสถานที่รับสมัคร

๘.๑ เปิดรับสมัครระหว่างวันที่ ๑๕ - ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๙ ในวันและเวลาราชการ โดยไม่เสียค่าธรรมเนียมการสมัคร

๘.๒ ให้ผู้สมัครยื่นใบสมัครด้วยตนเอง ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่รับผิดชอบพื้นที่ตำบลที่สมัคร หรือสถานที่อื่นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนด

๙. เอกสารและหลักฐานประกอบการสมัคร

๙.๑ ใบสมัครตามแบบที่กำหนด พร้อมคำรับรองข้อมูลและลายมือชื่อผู้สมัคร

๙.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

๙.๓ สำเนาวุฒิการศึกษาหรือหนังสือรับรองคุณวุฒิ ๑ ฉบับ

๙.๔ สำเนาใบแสดงผลการเรียน ๑ ฉบับ

๙.๕ กรณีกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพสุขภาพ ให้แนบบำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ยังมีผลใช้บังคับ ๑ ฉบับ

๙.๖ หนังสือรับรองการเป็นบุคคลในพื้นที่ตามแบบเอกสารแนบท้ายประกาศหมายเลข ๔

๙.๗ รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป

๙.๘ ใบรับรองแพทย์

๙.๙ หลักฐานที่ผ่านการเกณฑ์ทหาร (ใบสด.๘/ใบสด.๔๓)

๙.๑๐ หลักฐานการเปลี่ยนชื่อหรือชื่อสกุล (ถ้ามี)

๙.๑๑ หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี)

๑๐. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก เลขประจำตัวผู้สมัคร วัน เวลา สถานที่ และวิธีการคัดเลือกภายในวันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๙ ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหรือเว็บไซต์ที่กำหนด

๑๑. เกณฑ์การตัดสินเพื่อคัดเลือกเข้าอบรม

๑๑.๑ เป็นผู้ที่ผ่านการพิจารณาคัดเลือกโดยวิธีการสัมภาษณ์จากคณะกรรมการคัดเลือกระดับจังหวัด และมีคะแนนรวมเป็นอันดับแรก โดยคะแนนรวมไม่น้อยกว่า ๖๐ คะแนน

๑๑.๒ คณะกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกภายในวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๙ ทางเว็บไซต์ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและช่องทางที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนด

๑๑.๓ กำหนดเริ่มการอบรมตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๙ หรือวันที่คณะกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) กำหนด ณ วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกหรือหน่วยจัดการศึกษาที่ได้รับการรับรอง

๑๒. การประกาศผลและการขึ้นบัญชี

ผู้เข้ารับการอบรมจะถือว่าผ่านหลักสูตร เมื่อมีเวลาเข้ารับการอบรมและฝึกปฏิบัติไม่น้อยกว่าเกณฑ์ที่หลักสูตรกำหนด ได้คะแนนประเมินผลรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ ผ่านการประเมินทักษะสำคัญทุกทักษะตามเกณฑ์ และผ่านการประเมินด้านจริยธรรม ความรับผิดชอบ และความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

๑๓. อัตราค่าตอบแทน อัตราเดือนละ ๑๕,๐๐๐ บาท

๑๔. แบบเอกสารประกอบการสมัคร

แบบใบสมัครอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) และแบบหนังสือรับรองการเป็นบุคคลในพื้นที่สมัคร ให้ใช้ตามแบบที่กำหนดไว้ในเอกสารแนบท้ายประกาศหมายเลข ๕ และหมายเลข ๔ ตามลำดับ และให้ถือว่าเอกสารแนบท้ายดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของประกาศนี้

๑๕. การเปลี่ยนแปลงกำหนดการในกรณีที่มีเหตุจำเป็น คณะกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) อาจเปลี่ยนแปลงวัน เวลา สถานที่ หรือรายละเอียดเกี่ยวกับการรับสมัครตามประกาศนี้ได้ โดยจะประกาศให้ผู้สมัครทราบล่วงหน้าทางเว็บไซต์กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เกี่ยวข้อง หรือช่องทางอื่นที่คณะกรรมการกลางกำหนด ทั้งนี้ ให้ถือประกาศเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายภูเดช สุระโคตร)

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ประธานกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.)

แนบท้ายประกาศคณะกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน
เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการรับสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกเข้ารับการอบรม
หลักสูตรอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) พ.ศ. ๒๕๖๙
ลงวันที่ ๑๔ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

กลุ่มคุณสมบัติและระยะเวลาการอบรม

กลุ่ม	คุณสมบัติ	หลักฐานสำคัญ	ระยะเวลาอบรม
กลุ่มปริญญาดรี ทั่วไป (Track A)	สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาดรีหรือ คุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับ เดียวกันจากสถาบันการศึกษาที่ได้รับ การรับรอง ในสาขาวิชาที่ไม่อยู่ใน บัญชีคุณวุฒิของ Track B และไม่ เข้าเกณฑ์กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ สุขภาพ	ปริญญาดรีหรือหนังสือ รับรองคุณวุฒิ และระเบียบแสดงผล การศึกษา (Transcript)	๒๔๐ ชั่วโมง
กลุ่มปริญญาดรี ด้านสุขภาพ (Track B)	สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาดรีหรือ คุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับ เดียวกันในสาขาด้านสุขภาพตามบัญชี คุณวุฒิแนบท้ายประกาศ รวมถึง ผู้สำเร็จการศึกษาด้านแพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ หรือสาธารณสุข ศาสตร์ ซึ่งไม่เข้าเกณฑ์กลุ่มผู้ประกอบ วิชาชีพสุขภาพ	ปริญญาดรีหรือหนังสือ รับรองคุณวุฒิ ระเบียบ แสดงผลการศึกษา (Transcript)	๑๒๐ ชั่วโมง
พยาบาลวิชาชีพ และกลุ่มผู้ประกอบ วิชาชีพสุขภาพ	เป็นผู้มีคุณวุฒิและใบอนุญาตประกอบ วิชาชีพที่ยังมีผลบังคับใช้ในวิชาชีพใด วิชาชีพหนึ่ง (มีใบประกอบวิชาชีพ) ดังต่อไปนี้ (๑) วิชาชีพการพยาบาลและการผดุง ครรภ์ (๒) วิชาชีพเวชกรรม หรือ (๓) วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน	ปริญญาดรีหรือหนังสือ รับรองคุณวุฒิ ระเบียบแสดงผลการศึกษา (Transcript) สำเนา ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือหลักฐานการ ตรวจสอบสถานะ ใบอนุญาตจากสภาวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง	๓๐ ชั่วโมง

หลักการสำคัญ

- ผู้สำเร็จการศึกษาในสาขาแพทยศาสตร์ ทันตแพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ หรือ
สาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ยังมีผลใช้บังคับใช้ ให้จัดอยู่ใน Track B และเข้ารับ
การอบรมจำนวน ๑๒๐ ชั่วโมง
- การจัดกลุ่มพิจารณาจากคุณวุฒิและสถานะใบอนุญาตในวันปิดรับสมัคร ไม่พิจารณา
จากตำแหน่งงานเดิมหรือประสบการณ์เพียงอย่างเดียว
- หากใบอนุญาตพยาบาลต่ออายุภายหลังวันปิดรับสมัคร ให้คงกลุ่มเดิม เว้นแต่
คณะกรรมการกลางมีมติเป็นอย่างอื่นก่อนเริ่มอบรม

แนบท้ายประกาศคณะกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน
เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการรับสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกเข้ารับการอบรม
หลักสูตรอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) พ.ศ. ๒๕๖๙
ลงวันที่ ๑๔ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

บัญชีปิดคุณสมบัติระดับปริญญาตรีด้านสุขภาพสำหรับ Track B และหลักเกณฑ์วินิจฉัยเพิ่มเติม

ส่วนที่ ๑ รายชื่อคุณสมบัติที่ถือเป็น Track B โดยอัตโนมัติ

ผู้สมัครต้องสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน
ในสาขาวิชา/ทางใดทางหนึ่งดังต่อไปนี้ และหลักสูตรต้องได้รับการรับรองจากกระทรวงการอุดมศึกษา
วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงาน ก.พ. สภาวิชาชีพ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจ แล้วแต่กรณี

ก. กลุ่มแพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ และเภสัชศาสตร์

- (๑) แพทยศาสตร์ สำหรับผู้ที่ไม่ได้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ยังมีผลในวันปิดรับสมัคร
- (๒) เภสัชศาสตร์
- (๓) พยาบาลศาสตร์ สำหรับผู้ที่ไม่ได้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
ที่ยังมีผลในวันปิดรับสมัคร

ข. กลุ่มสหเวชศาสตร์และการฟื้นฟูสุขภาพ

- (๔) เทคนิคการแพทย์
- (๕) กายภาพบำบัด
- (๖) กิจกรรมบำบัด
- (๗) รังสีเทคนิค หรือรังสีการแพทย์
- (๘) วิทยาศาสตร์การสื่อสารความหมายและความผิดปกติของการสื่อสารความหมาย หรือการแก้ไข
การพูดและการได้ยิน
- (๙) ทัศนมาตรศาสตร์
- (๑๐) กายอุปกรณ์ศาสตร์ หรือกายอุปกรณ์
- (๑๑) เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก

ค. กลุ่มการแพทย์ฉุกเฉิน

- (๑๒) ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์
- (๑๓) เวชกิจฉุกเฉินระดับปริญญาตรี
- (๑๔) พารามedik หรือ Paramedicine

ง. กลุ่มการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีกฎหมายกำกับ

- (๑๕) การแพทย์แผนไทย
- (๑๖) การแพทย์แผนไทยประยุกต์
- (๑๗) การแพทย์แผนจีน

จ. กลุ่มสาธารณสุขและสุขภาพชุมชน

- (๑๘) สาธารณสุขศาสตร์
- (๑๙) การสาธารณสุขชุมชน
- (๒๐) สุขภาพชุมชน หรืออนามัยชุมชน
- (๒๑) สุขศึกษา
- (๒๒) สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ
- (๒๓) การส่งเสริมสุขภาพ
- (๒๔) อาชีวอนามัยและความปลอดภัย
- (๒๕) อนามัยสิ่งแวดล้อม
- (๒๖) สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม
- (๒๗) ระบาดวิทยา
- (๒๘) ทันตสาธารณสุข

ทั้งนี้ สำหรับผู้สำเร็จการศึกษาในสาขาตามรายการ (๑๙)–(๒๑) ซึ่งมีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนที่ยังมีผลใช้บังคับ ให้จัดอยู่ในกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ หลักสูตร ๓๐ ชั่วโมง

ฉ. กลุ่มโภชนาการ การออกกำลังกาย และเวชศาสตร์การกีฬา

- (๒๙) โภชนาการ
- (๓๐) โภชนาการและการกำหนดอาหาร
- (๓๑) อาหารและโภชนาการที่มุ่งเน้นโภชนาการมนุษย์
- (๓๒) วิทยาศาสตร์การกีฬา
- (๓๓) วิทยาศาสตร์การออกกำลังกาย
- (๓๔) เวชศาสตร์การกีฬา
- (๓๕) การออกกำลังกายและการส่งเสริมสุขภาพ

ช. กลุ่มสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพ

- (๓๖) จิตวิทยาคลินิก
- (๓๗) จิตวิทยาการศึกษา
- (๓๘) จิตวิทยาสุขภาพ

ส่วนที่ ๒ หลักเกณฑ์วินิจฉัยชื่อคุณวุฒิที่แตกต่างหรือสาขาเพิ่มเติม

- (๑) ชื่อปริญญา ชื่อสาขา หรือชื่อทางที่แตกต่างจากบัญชี แต่มีสาระสำคัญเทียบเท่ากับรายการใดรายการหนึ่งในส่วนที่ ๑
- (๒) หลักสูตรมีวัตถุประสงค์โดยตรงในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพมนุษย์ สาธารณสุข การดูแล พันฟู หรือส่งเสริมสุขภาพ มิใช่เพียงวิทยาศาสตร์พื้นฐานหรือการบริหารทั่วไป
- (๓) มีรายวิชาพื้นฐานและวิชาชีพด้านสุขภาพ ทั้งนี้ เป็นอำนาจวินิจฉัยของคณะกรรมการกลาง
- (๔) มีการฝึกปฏิบัติ ห้องปฏิบัติการ หรือฝึกภาคสนามในระบบบริการสุขภาพหรือชุมชน
- (๕) หลักสูตรและสถาบันการศึกษาได้รับการรับรองโดยหน่วยงานที่มีอำนาจ และไม่มีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่เหมาะสมต่อการเรียน Track B

ส่วนที่ ๓ กระบวนการวินิจฉัย

(๑) ผู้สมัครยื่นคำขอวินิจฉัยพร้อมปริญญาบัตร Transcript รายละเอียดหลักสูตร หรือ มคอ. และหลักฐานการรับรอง ต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายในวันปิดรับสมัคร

(๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจความครบถ้วนและส่งฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการ กลางเป็นผู้วินิจฉัย

(๓) คณะกรรมการกลางอาจขอความเห็นคณะกรรมการบริหารหลักสูตร อสพ. สภาวิชาชีพ สำนักงาน ก.พ. หรือ อว. และมีมติรับรองว่าเทียบเท่ารายการเดิม หรือรับรองเป็นสาขาเพิ่มเติม

(๔) ให้เผยแพร่คำวินิจฉัยหรือบัญชีเพิ่มเติมบนเว็บไซต์ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ

(๕) หากยังไม่มีคำวินิจฉัยก่อนจัดกลุ่มอบรม ให้จัดผู้สมัครเป็น Track A ไว้ก่อน ทั้งนี้ หากมี มติรับรอง Track B ก่อนเริ่มอบรม ให้ปรับกลุ่มตามมติได้

ส่วนที่ ๔ คุณสมบัติที่ไม่ถือเป็น Track B โดยอัตโนมัติ

คุณสมบัติต่อไปนี้ถือเป็น Track A เว้นแต่คณะกรรมการกลางวินิจฉัยเป็นรายหลักสูตรตาม ส่วนที่ ๒ ได้แก่ วิทยาศาสตร์ทั่วไป ชีววิทยา เคมี จุลชีววิทยา เทคโนโลยีชีวภาพ วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม วิศวกรรมชีวการแพทย์ วิศวกรรมสิ่งแวดล้อม วิทยาศาสตร์การอาหารที่มุ่งอุตสาหกรรม เวชระเบียนหรือ สารสนเทศสุขภาพ การบริหารสุขภาพ การบริหารโรงพยาบาล สังคมสงเคราะห์ สัตวแพทยศาสตร์ และสาขา อื่นที่มีได้มุ่งผลิตกำลังคนด้านสุขภาพมนุษย์โดยตรง

แนบท้ายประกาศคณะกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน
เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการรับสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกเข้ารับการอบรม
หลักสูตรอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) พ.ศ. ๒๕๖๙
ลงวันที่ ๑๔ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

เกณฑ์การสัมภาษณ์

องค์ประกอบ	ประเด็นพิจารณา	คะแนน	เงื่อนไขสำคัญ
๑. คุณสมบัติที่เหมาะสม	วุฒิการศึกษา การฝึกอบรมเพิ่มเติม และความสามารถอื่น ๆ ประกอบการพิจารณา	๒๐	พิจารณาจากข้อมูล ข้อเท็จจริง หรือหลักฐาน เชิงประจักษ์
๒. ประสบการณ์ การทำงานที่ผ่านมา	ประวัติการทำงาน และประสบการณ์ หนังสือ รับรองขีดความสามารถจากที่ทำงาน หรืออื่น ๆ ประกอบการพิจารณา	๒๐	พิจารณาจากข้อมูล ข้อเท็จจริง หรือหลักฐาน เชิงประจักษ์
๓. ความพร้อม และความผูกพันกับพื้นที่	สุขภาพร่างกาย ความรู้บริบทชุมชน ความ พร้อมด้านเวลา การเดินทาง การทำงาน ภาคสนาม และการคงอยู่ในพื้นที่	๒๐	พิจารณาจากข้อมูล ข้อเท็จจริง หรือหลักฐาน เชิงประจักษ์
๔. การสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม	ทักษะการใช้เครื่องมือสื่อสาร เทคโนโลยี และทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย ครอบครัว อส ม. รพ.สต. รวมทั้งทักษะการทำงานเป็นทีม	๒๐	พิจารณาจากข้อมูล ข้อเท็จจริง หรือหลักฐาน เชิงประจักษ์
๕. ทักษะการแก้ปัญหา	การตอบสนองเมื่อพบอาการเปลี่ยนแปลง เหตุฉุกเฉิน ความรุนแรง ข้อมูลรวดเร็ว หรือคำสั่งเกินขอบเขต	๒๐	พิจารณาจากข้อมูล ข้อเท็จจริง หรือหลักฐาน เชิงประจักษ์

หมายเหตุ คะแนนรวม ๑๐๐ คะแนน เกณฑ์ผ่านไม่น้อยกว่า ๖๐ คะแนน

แนบท้ายประกาศคณะกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน
เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการรับสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกเข้ารับการอบรม
หลักสูตรอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) พ.ศ. ๒๕๖๙
ลงวันที่ ๑๔ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

แบบหนังสือรับรองการเป็นบุคคลในพื้นที่สมัคร

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อายุ ปี

ตำแหน่ง เป็น

() กำนัน () ผู้ใหญ่บ้าน () ประธานชุมชน () อื่น ๆ ที่คณะกรรมการกำหนด

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่จริงหรือเป็นคนในพื้นที่

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด และสามารถปฏิบัติงานอาสาพยาบาลชุมชนในพื้นที่ดังกล่าวได้อย่างต่อเนื่อง

ข้าพเจ้ารู้จักผู้สมัครในฐานะ เป็นระยะเวลาประมาณ

..... และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริง โดยไม่มีการเรียกรับหรือรับประโยชน์ตอบแทน

จากการออกหนังสือรับรองนี้

ข้าพเจ้าทราบดีว่าการรับรองข้อความอันเป็นเท็จอาจมีความรับผิดตามกฎหมาย และยินยอมให้หน่วยงาน

ตรวจสอบข้อเท็จจริงตามช่องทางราชการ

ลงชื่อ ผู้รับรอง

(.....)

หมายเลขโทรศัพท์

เอกสารแนบ: สำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับรอง จำนวน ๑ ฉบับ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

แนบท้ายประกาศคณะกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน
เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการรับสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกเข้ารับการอบรม

หลักสูตรอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) พ.ศ. ๒๕๖๙

ลงวันที่ ๑๔ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

ใบสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกเข้ารับการอบรม
หลักสูตรอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) พ.ศ. ๒๕๖๙

ตามประกาศคณะกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) ลงวันที่ ๑๐ เดือน กรกฎาคม 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 ศ.พ เดือน

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 ที่อยู่ตามทะเลเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ หมู่ที่ อาคาร/หมู่บ้าน

ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

๓.๒ ที่อยู่ที่อาศัยอยู่จริงในปัจจุบัน

☐ ที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

☐ ที่อยู่แตกต่างจากที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

บ้านเลขที่ หมู่ที่ อาคาร/หมู่บ้าน

.....

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	
สาขาวิชาทาง/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

ชื่อสมาชิวิชาชีพหรือหน่วยงานผู้ออกใบอนุญาต

.....

ช่องทางหรือหลักฐานการตรวจสอบสถานะใบอนุญาต

☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ☐ ผลการตรวจสอบจากเว็บไซต์หรือฐานข้อมูลของสมาชิวิชาชีพ☐ 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 มีสิทธิได้รับการพิจารณาเข้ากลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ 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

- ☐ มีสมาร์ตโฟนที่สามารถติดตั้งและใช้งานแอปพลิเคชันที่โครงการกำหนดได้
- ☐ 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 ชื่นบักชี 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

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

วันที่ / /

วันที่ / /

หมายเหตุ

- กรอกข้อมูลให้ชัดเจนและลงลายมือชื่อกำกับทุกแห่งที่แก้ไข
- การรับสมัครไม่เสียค่าธรรมเนียม

แบบตรวจสอบใบสมัครและวินิจฉัยกลุ่มคุณวุฒิ

อาสพยาบาลชุมชน (อสพ.)

เลขที่ใบสมัคร ตำบล อำเภอ จังหวัด.....

ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน

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. การพิจารณากลุ่มคุณวุฒิ	
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 / /

ใบสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกเข้ารับการอบรม

หลักสูตรอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) พ.ศ. ๒๕๖๔

ตามประกาศคณะกรรมการคัดเลือกอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.) ลงวันที่ ๑๐ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

แบบ อสพ. ๑

เลขที่ใบสมัคร.....

ติดรูปถ่ายหน้าตรง
ขนาด ๓ 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 และกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ	๓๐ ชั่วโมง

คำชี้แจงการจัดกลุ่ม

๑. ผู้สมัครเลือกได้เพียงหนึ่งกลุ่ม โดยการจัดกลุ่มให้พิจารณาจากคุณวุฒิการศึกษาและสถานะใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเป็นสำคัญ

๒. Track A กลุ่มปริญญาตรีทั่วไป ได้แก่ ผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน ซึ่งไม่อยู่ในบัญชีคุณวุฒิ Track B และไม่เข้าเกณฑ์กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ

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

๔. กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ หลักสูตร ๓๐ ชั่วโมง ได้แก่ ผู้มีคุณวุฒิและใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ยังมีผลใช้บังคับ ในวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) วิชาชีพเวชกรรม หรือ

(๒) วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน

๕. กรณีชื่อคุณวุฒิหรือสาขาวิชาไม่ตรงกับบัญชี 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 ณ วันปิดรับสมัคร ปี เดือน

๒.๓ ช่องทางติดต่อ

โทรศัพท์มือถือหลัก

โทรศัพท์สำรอง (ถ้ามี)

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail)

Line ID หรือช่องทางติดต่ออื่น (ถ้ามี)

ช่องทางที่ประสงค์ให้หน่วยงานใช้ติดต่อเป็นหลัก

☐ โทรศัพท์มือถือ ☐ E-mail ☐ Line ☐ อื่น ๆ

ส่วนที่ ๓ ที่อยู่และการรับรองการเป็นบุคคลในพื้นที่สมัคร

๓.๑ ที่อยู่ตามทะเลเบียดบ้าน

บ้านเลขที่ หมู่ที่ อาคาร/หมู่บ้าน

ตลก/ขอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

๓.๒ ที่อยู่ที่อาศัยอยู่จริงในปัจจุบัน

☐ ที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

☐ ที่อยู่แตกต่างจากที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

บ้านเลขที่ หมู่ที่ อาคาร/หมู่บ้าน

ต ร อ ก / ข อ ย ถ น น

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
ชื่อปริญญาหรือคุณวุฒิบัณฑิต	
สาขาวิชา/วิชาเอก/ทาง	
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 มีสิทธิได้รับการพิจารณาเข้ากลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ หลักสูตร ๓๐ ชั่วโมง

ผู้ที่ไม่เคยได้รับใบอนุญาต ใบอนุญาตหมดอายุ หรือไม่สามารถแสดงหลักฐานว่าใบอนุญาตยังมีผลใช้บังคับ ให้พิจารณาจัดเข้ากลุ่ม Track B ตามคุณวุฒิ

ส่วนที่ ๒ 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 หรือ การปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิ	☐ มี ☐ ไม่มี			
๖. การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	☐ มี ☐ ไม่มี			
๗. งานอาสาสมัคร งานสาธารณประโยชน์ หรือการทำงานร่วมกับชุมชน	☐ มี ☐ ไม่มี			
๘. ประสบการณ์อื่นที่เกี่ยวข้องกับบทบาทอาสาพยาบาลชุมชน ระบุ	☐ มี ☐ ไม่มี			

การระบุระยะเวลา

ตั้งแต่เดือน/ปี ถึงเดือน/ปี รวมระยะเวลา ปี เดือน

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	สามารถทำได้ด้วย ตนเอง	ทำได้บางส่วน/ ต้องการ คำแนะนำ	ยังไม่เคยใช้/ ต้องได้รับการ ฝึก
การใช้งานแอปพลิเคชันพร้อม	☐	☐	☐
การติดตั้งและเข้าสู่ระบบแอปพลิเคชัน	☐	☐	☐
การบันทึกและส่งข้อมูลผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์	☐	☐	☐
การถ่ายภาพหรือสแกนเอกสารและส่งผ่านระบบ	☐	☐	☐
การเปิดใช้งานตำแหน่งที่ตั้งของอุปกรณ์	☐	☐	☐
การรักษารหัสผ่านและความลับของข้อมูล ผู้รับบริการ	☐	☐	☐

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

☐ ๑. มีสัญชาติ อายุ และคุณสมบัติตามประกาศ

☐ ๒. ไม่มีข้อผูกพันจากงาน หรือสัญญาอื่นที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานตามประกาศได้

☐ ๓. ยินยอมให้ตรวจสอบคุณสมบัติ ใบอนุญาต ประวัติการทำงาน หนังสือรับรองพื้นที่ และข้อมูลที่จำเป็น

☐ ๔. ข้อมูลและเอกสารที่ยื่นเป็นความจริง หากเป็นเท็จหรือปกปิดข้อเท็จจริง ยินยอมให้ตัดสิทธิหรือเพิกถอนผลการคัดเลือก

ส่วนที่ ๙ เอกสารประกอบการสมัคร

รายการเอกสาร	เจ้าหน้าที่	รายการเอกสาร	เจ้าหน้าที่
บัตรประชาชน	☐	ทะเบียนบ้าน	☐
ปริญญาบัตร/รับรองคุณวุฒิ	☐	Transcript	☐
ใบอนุญาตวิชาชีพ (ถ้ามี)	☐	หนังสือรับรองพื้นที่	☐
รูปถ่าย ๑ นิ้ว	☐	หนังสือรับรองประสบการณ์ (ถ้ามี)	☐
หลักฐานเปลี่ยนชื่อ/อื่น ๆ	☐		

ส่วนที่ ๑๐ การรับทราบการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

การใช้ข้อมูล: หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาจเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และตรวจสอบข้อมูลเท่าที่จำเป็นเพื่อการรับสมัคร ตรวจสอบคุณสมบัติ คัดเลือก อบรม ประเมิน ชี้นำ บัญชี 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

ผู้รับใบสมัคร/พยาน

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

วันที่ / /

วันที่ / /

หมายเหตุ

- กรอกข้อมูลให้ชัดเจนและลงลายมือชื่อกำกับทุกแห่งที่แก้ไข
- การรับสมัครไม่เสียค่าธรรมเนียม

แบบหนังสือรับรองการเป็นบุคคลในพื้นที่สมัคร

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อายุ ปี

ตำแหน่ง เป็น

() กำนัน () ผู้ใหญ่บ้าน () ประธานชุมชน () อื่น ๆ ที่คณะกรรมการกำหนด

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่จริงหรือเป็นคนในพื้นที่

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด และสามารถปฏิบัติงานอาสาพยาบาลชุมชนในพื้นที่ดังกล่าวได้อย่าง

ต่อเนื่อง

ข้าพเจ้ารู้จักผู้สมัครในฐานะ เป็นระยะเวลาประมาณ

..... และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริง โดยไม่มีการเรียกรับหรือรับประโยชน์ตอบแทน

จากการออกหนังสือรับรองนี้

ข้าพเจ้าทราบว่า การรับรองข้อความอันเป็นเท็จอาจมีความผิดตามกฎหมาย และยินยอมให้หน่วยงาน

ตรวจสอบข้อเท็จจริงตามช่องทางราชการ

ลงชื่อ ผู้รับรอง

(.....)

หมายเลขโทรศัพท์

เอกสารแนบ: สำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับรอง จำนวน ๑ ฉบับ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

หนังสือรับรองการเป็นบุคคลในพื้นที่
ประกอบการสมัครอาสาพยาบาลชุมชน (อสพ.)

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับรอง) อายุ ปี

ตำแหน่ง/สถานภาพ ☐ กำนัน ☐ ผู้ใหญ่บ้าน ☐ ประธานชุมชน ☐ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

☐ อื่น ๆ.....

เลขประจำตัวประชาชน/บัตรเจ้าหน้าที่ของรัฐ

โทรศัพท์

ที่อยู่/สถานที่ปฏิบัติงาน.....

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่จริง มีความผูกพัน

กับชุมชน หรือสามารถปฏิบัติงานเป็นประจำในตำบล

จังหวัด โดยข้าพเจ้ารู้จักผู้สมัครในฐานะ และมีเหตุผล

ประกอบการรับรอง ดังนี้

.....

.....

.....

.....ความเกี่ยวข้องกับผู้สมัคร:

☐ ไม่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือผลประโยชน์ ☐ มี โปรดระบุ

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริง และยินยอมให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบ

ข้อมูลได้ หากรับรองข้อความอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายอมรับความรับผิดชอบตามกฎหมาย

ผู้รับรอง

พยาน

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

วันที่ / /

วันที่ / /

เอกสารแนบ: ☐ สำเนาบัตรผู้รับรอง ☐ หลักฐานแสดงตำแหน่ง/สถานภาพ (ถ้ามี)

**แบบตรวจสอบใบสมัครและวินิจฉัยกลุ่มคุณวุฒิ
อาสาศาบาบาลชุมชน (อสพ.)**

เลขที่ใบสมัคร ตำบล อำเภอ จังหวัด

ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน

ก. ผลการตรวจเอกสารและคุณสมบัติเบื้องต้น					
รายการ	ครบ	ขาด	รายการ	ครบ	ขาด
ใบสมัคร/ลายมือชื่อ	☐	☐	บัตรประชาชน	☐	☐
ทะเบียนบ้าน	☐	☐	ปริญญาบัตร/คุณวุฒิ	☐	☐
Transcript	☐	☐	ใบอนุญาตวิชาชีพ	☐	☐
รูปถ่าย	☐	☐	หลักฐานอื่น	☐	☐
หนังสือรับรองพื้นที่	☐	☐			
คุณสมบัติทั่วไป	☐	☐			
ข. การพิจารณาในกลุ่มคุณวุฒิ					
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 / /