

กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลสกลนคร
เลขที่ 308
วันที่ 7 มี.ค. 2561
เวลา 16.02 น.



๒๕๖
ชวพ
จ. ๑๓. ๒๙

ที่ สน ๐๐๓๒.๐๐๓ / ๑๐๑๖

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
ถนนศูนย์ราชการ สน ๕๗๐๐๐

๒ มีนาคม ๒๕๖๑

โรงพยาบาลสกลนคร
เลขที่ ๒๔๑๐.
วันที่ ๐๕ มี.ค. ๒๕๖๑
เวลา ๐๙.๓๗

เรื่อง การสมัครเป็นอาสาสมัครสามัญ พอ.สว.

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายกฤษณสีวะรา, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครอาสาสมัครสามัญ พอ.สว. จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ได้รับแจ้งจากท่านผู้ว่าราชการจังหวัดสกลนคร ได้มีบัญชาให้ข้าราชการ/ลูกจ้าง/ประชาชน ที่มีความประสงค์สมัครเป็นอาสาสมัครสามัญ พอ.สว. เพื่อออกหน่วยแพทย์ เคลื่อนที่ พอ.สว. เนื่องจากเป็นโครงการ ฯ ที่ทรงเกียรติ ขอให้ดำเนินการ ดังนี้

- ๑. ใบสมัครสมาชิก พอ.สว. ขอให้พิมพ์หรือเขียนด้วยลายมือตัวบรรจง
- ๒. รูปถ่าย ขนาดหนึ่งนิ้วครึ่ง จำนวน ๒ รูป ขอให้ใช้รูปถ่ายจริง/ชัดเจน ไม่ควรใช้ภาพท้อปปี และขอให้ใส่ชุดข้าราชการหรือยูนิฟอร์มของแต่ละหน่วยงาน

ในการนี้ จึงขอให้ประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานของทางราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน และประชาชนทราบโดยทั่วถึงกัน รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

เรียน ผอ.รพ. สกลนคร

- ทราบ
- เพื่อโปรดพิจารณา
- เห็นควรแจ้งฝ่ายงานดำเนินการ

๐ 6 มี.ค. 2561

ขอแสดงความนับถือ

คุณพจนนง

(นางกิตติยา จุลวิเศษชะกะ)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
โทร. ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๒๒๑
โทรสาร ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑

(นายสมโภชน์ กังวานธีร์วัฒน์)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

รักษาราชการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล

๗ มี.ค. ๒๕๖๑

“อยู่สกล รักสกล ทำเพื่อสกลนคร”



มูลนิธิสงเคราะห์เด็กที่ ๘๐๒

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

จังหวัด

เรียน ประธาน พอ.สว. ประจำจังหวัด

ข้าพเจ้านาย / นาง / น.ส. (๑)

บัตรประจำตัวข้าราชการ / ประชาชน / เลขที่ อายุ ปี อาชีพ

สถานที่ทำงาน ตำบล อำเภอ โทรศัพท์

ตำแหน่งหน้าที่ คุณวุฒิ

นามสามัญ / ภรรยา บุตร คน

ที่อยู่ซึ่งติดต่อได้ทางไปรษณีย์ บ้านเลขที่ ซอย ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ มีความยินดีสมัครเป็นอาสาสมัครสามัญ พอ.สว.

งาน (๒) หน่วยแพทย์เคลื่อนที่

หน่วยแพทย์ทางวิทยุ

อื่นๆ ระบุ.....

ในการนี้ ข้าพเจ้าได้แนบบรูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป มาด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ (๑)

วันที่

ข้าพเจ้านาย / นาง / น.ส. (๑)

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในระเบียบมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และสามารถปฏิบัติงานอาสาสมัครได้

ลงชื่อ (๒)

เลขานุการ พอ.สว. ประจำจังหวัด

วันที่

จาก ประธานกรรมการ พอ.สว. ประจำจังหวัด

เรียน เลขานุการมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

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 หรือ ไม่เป็นผู้มีหนี้สินล้นพ้นตัว
3. ไม่เป็นผู้มีชื่อเสียงเสื่อมเสียทางศีลธรรม
4. ไม่เป็นผู้ต้องคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่จะไต่กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
5. ไม่เป็นโรคซึ่งต้องห้ามในการเข้ารับราชการ คือ โรคเรื้อนในระยะติดคอหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม วัณโรคในระยะอันตราย โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม โรคติดยาเสพติดให้โทษ โรคพิษสุราเรื้อรัง