



ใบสมัครอาสาสมัครสามัญ พอ.สว. (ในจังหวัด พอ.สว.)
จังหวัด ขอนแก่น

มูลนิธิเลขทะเบียนลำดับที่ 802

เรียน ประธาน พอ.สว. ประจำจังหวัดขอนแก่น

ข้าพเจ้า นาย / นาง / น.ส. ⁽¹⁾
บัตรประจำตัวข้าราชการ / ประชาชน / เลขที่ อายุ ปี อาชีพ
สถานที่ทำงาน ตำบล อำเภอ โทรศัพท์
ตำแหน่งหน้าที่ ภูมิลำเนา
นามสามัญ / ภรรยา บุตร คน
ที่อยู่ซึ่งติดต่อได้ทางไปรษณีย์ บ้านเลขที่ ซอย ถนน
ตำบล อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ มีความยินดีสมัครเป็นอาสาสมัครสามัญ พอ.สว.
งาน ⁽²⁾ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่
 หน่วยแพทย์ทางวิทยุ
 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 เลขาธิการมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

ข้าพเจ้าได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุมัติรับเป็นอาสาสมัครสามัญ พอ.สว.

ลงชื่อ

(.....)

วันที่