



มูลนิธิเลขทะเบียนลำดับที่ 802

ใบอาสาสมัครสามัญ พอ.สว. (ในจังหวัด พอ.สว.)

จังหวัดเชียงราย

เรียนประธาน พอ.สว. ประจำจังหวัด

ข้าพเจ้า นาย / นาง / น.ส.⁽¹⁾
บัตรประจำตัวข้าราชการ / ประชาชน / เลขที่ ตำบล
อำเภอ..... อายุ ปี อาชีพ
สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์
ตำแหน่งหน้าที่ คุณวุฒิ
นามสามี / 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

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณา

ลงชื่อ⁽¹⁾

วันที่

(กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัว จำนวน 1 ใบ)

ข้าพเจ้า นาย / นาง / น.ส.⁽³⁾ ทศเทพ บุญทอง.....
ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในระเบียบมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
และสามารถปฏิบัติงานอาสาสมัครได้

ลงชื่อ⁽³⁾

เลขานุการ พอ.สว. ประจำจังหวัด

วันที่

จาก ประธานกรรมการ พอ.สว. ประจำจังหวัด

เรียน เลขานุการมูลนิธิแพทย์อาสาสมัครสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

ข้าพเจ้าได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุมัติรับเป็นอาสาสมัครสามัญ พอ.สว.

ลงชื่อ

(นายทศเทพ บุญทอง)

กรรมการและเลขานุการ พอ.สว. ประจำจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงราย

ประธานกรรมการ พอ.สว. ประจำจังหวัดเชียงราย