

ใบลาออก/การแจ้งการพ้นสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดแพร่

ด้วย (นาย/นาง/น.ส./ข้าพเจ้า)..... อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล..... ที่อยู่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดแพร่ ขอพ้นสภาพจากการเป็น อสม. เนื่องจาก

() เสียชีวิต เมื่อวันที่...../...../..... สาเหตุการเสียชีวิต.....

() ลาออก เนื่องจาก (ระบุ).....

() ประชาคมลงมติให้ออก.....

() เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

โดยมีเอกสารประกอบดังนี้

() สำเนาพระบัตร () สำเนาบันทนาการประชุม () สำเนาทะเบียนบ้าน () สำเนาบัตรประชาชน

() อื่นๆ (ระบุ).....

กรณี อสม. เป็นสมาชิก

สมาคม ฅกส.อสม.แห่งประเทศไทย

มีความประสงค์รักษาสภาพการเป็นสมาชิกหรือไม่

☐

ไม่ประสงค์รักษาสภาพการเป็นสมาชิก

☐

มีความประสงค์รักษาสภาพการเป็นสมาชิก

กรณีประสงค์รักษาสภาพการเป็นสมาชิก

☐

ข้อมูลที่ติดต่อได้ ตามที่แจ้งในใบลาออก

☐

ที่อยู่ใหม่.....

.....

.....

เบอร์โทร.....

ลงชื่อ(ผู้แจ้ง/ อสม.)

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ(ผู้ตรวจสอบ/จนท.)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็น

เห็นควร ☐ เห็นชอบให้ลาออก

☐ ไม่เห็นชอบ

ลงชื่อ(สาธารณสุขอำเภอ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ(ประธาน อสม.หมู่บ้าน)

(.....)