**ใบสมัครหลักสูตรทางการบริหาร ประจำปี 2564**

**□ ผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง**

**□ ผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้น**

ชื่อ ....................................................................... สกุล ………………………………………………………………..

ชื่อเล่น ....................................................... อายุ ....................... ปี

วัน เดือน ปี เกิด ……………………………………………. เลขที่บัตรประชาชน ....................................................

โทรศัพท์มือถือ\* ........................................... ID LINE : …………………………………….…………….

e-mail : …………………………………………………….……

ตำแหน่งตามสายงาน (ก.พ.7) ……………………………………………………………… ระดับ ……………………………

ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งปัจจุบัน ...........................ปี

ตำแหน่งทางการบริหาร ……………………………………………………………………

สถานที่ปฏิบัติงาน ………………………………………………………………………… ตำบล ................................ อำเภอ ...................................... จังหวัด ……………………………………….

ที่อยู่ปัจจุบัน ……………………………… ตำบล ........................ อำเภอ ........................ จังหวัด ………………….

ลงชื่อ .................................................... ผู้สมัคร

 ( )

 ตำแหน่ง .........................................................