

ส่วนที่ 2 ความเห็นของเจ้าหน้าที่

ชื่อสถานบริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบ.....รหัสสถานบริการ.....

ได้ตรวจสอบ พบว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ.2554 และได้รับความเห็นชอบ จากหัวหน้าครัวเรือน หรือผู้แทนไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ที่ผู้สมัครนั้นมีชื่อในทะเบียนบ้าน และอาศัยอยู่เป็นการประจำไม่น้อยกว่า 6 เดือน และได้พิจารณาแล้ว เห็นเป็นการสมควรเสนอรายชื่อ เพื่อเข้ารับอบรมหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ส่วนที่ 3 รายละเอียดครัวเรือนที่รับผิดชอบไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือน (แล้วแต่จังหวัดจะพิจารณา)

คำแนะนำขอให้ผู้สมัครฯ ขอคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อกำหนดละแวกบ้านที่จะได้รับผิดชอบดูแลโดยผู้สมัครตามที่กำหนด ดังนี้

บ้านที่รับผิดชอบ

- 1.ชื่อ.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
- 2.ชื่อ.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
- 3.ชื่อ.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
- 4.ชื่อ.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
- 5.ชื่อ.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
- 6.ชื่อ.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
- 7.ชื่อ.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
- 8.ชื่อ.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
- 9.ชื่อ.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
- 10.ชื่อ.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
- 11.ชื่อ.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
- 12.ชื่อ.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
- 13.ชื่อ.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
- 14.ชื่อ.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
- 15.ชื่อ.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....