



เลขที่ _____

(ส่วนราชการเจ้าของหนังสือ)

หนังสือรับรองฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า _____

เลขบัตรประจำตัวประชาชน _____ ตามทะเบียนบ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____

หมู่บ้าน _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____

ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตั้งแต่วันที่ _____ จนถึงปัจจุบัน

ให้ไว้ ณ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. ๒๕ _____

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้รับผิดชอบข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

หมายเหตุ ผู้ลงนามในหนังสือรับรองสถานภาพ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/หัวหน้าสำนักงานสาธารณสุข
อำเภอ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผอ.รพ.รพสต./ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในฐานะ
นายทะเบียน หรือผู้รักษาราชการแทน