**ใบลาออก/การแจ้งการพ้นสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**

ตำบล......................................อำเภอ.........................................จังหวัด...................................

 ด้วย (นาย/นาง/น.ส./ข้าพเจ้า)........................................................................ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.......................................... อยู่บ้านเลขที่............... ตำบล....................................

อำเภอ.............................................จังหวัด........................................ ขอพ้นสภาพจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องด้วย

 ( ) เสียชีวิต เมื่อวัน........./............/............... สาเหตุการเสียชีวิต...........................................................................

 ( ) ลาออก เนื่องจาก (ระบุ).......................................................................................

 ( ) ย้ายที่อยู่หรืออยู่ในหมู่บ้านไม่ถึง 6 เดือน หรืออยู่ในหมู่บ้านแต่ไม่เคยปฏิบัติงานไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่
 กำหนด

 ( ) ป่วย/พิการ

 ( ) ไม่เคยร่วมกิจกรรมของ อสม. เลย

 ( ) ประชาคมลงมติให้ออก

 ( ) มีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเสียหาย นำความเสื่อมเสียศักดิ์ศรี อสม.

โดยมีเอกสารประกอบดังนี้

( ) สำเนามรณะบัตร ( ) สำเนาบันทึกการประชุม ( ) สำเนาทะเบียนบ้าน

( ) อื่นๆ (ระบุ)............................................................................

กรณีลาออก

เห็นสมควร อนุมัติ

 ไม่อนุมัติ

 ลงชื่อ ....................................................(ผู้แจ้ง/ อสม.)

 ( )

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

 ลงชื่อ ....................................................( ผู้ตรวจสอบ/เจ้าหน้าที่)

 ( )

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

 วันที่............./................/...............