**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............./................/...............