

## โรงพยาบาลกุดบาก

249 ถ.เจริญราษฎร์ ม.1 ต.กุดบาก อ.กุดบาก จ.สกลนคร 47180

Tel .0-4278-4021 Fax: 0-4278-4041

ติดรูปถ่าย

Photo

ใบสมัครงาน (ตามวุฒิ)

วันที่ .....

โปรดเขียนข้อความลงในใบสมัครให้ครบถ้วน

ตำแหน่งงานที่ต้องการสมัคร

1. ตำแหน่ง.....

2. วันที่พร้อมจะเริ่มงานได้.....

ชื่อ - สกุล นาย/นาง/นางสาว.....

ภาษาไทย

ภาษาอังกฤษ

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

โทรศัพท์.....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี.....ภูมิลำเนา.....น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม

เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

บัตรประชาชนเลขที่.....วันหมดอายุ..... สถานที่ออกบัตร.....

สถานภาพทางทหาร  ได้รับยกเว้น  ยังไม่ผ่านการเกณฑ์ทหาร  เรียนรักษาดินแดน  รับราชการทหารแล้วสถานภาพการสมรส  โสด  สมรส  แยกกันอยู่  หม้าย  หย่าบิดา/มารดา  อยู่ร่วมกัน  แยกกันอยู่  หย่า  (บิดา/มารดา) ถึงแก่กรรม

บุคลากรที่สามารถติดต่อได้กรณีเร่งด่วนชื่อ.....ความสัมพันธ์.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ประวัติครอบครัว

รายละเอียดครอบครัว	ชื่อ-สกุล	อายุ	อาชีพ/ตำแหน่ง	ที่อยู่สถานที่ทำงาน	โทรศัพท์
บิดา					
มารดา					
พี่น้อง .....คน					
ท่านเป็นคนที่ .....	1				
	2				
	3				
ภรรยา/สามี					
จำนวนบุตร/ธิดา	คน				

ประวัติการศึกษา

ระดับการศึกษา	ชื่อสถาบันการศึกษา/ที่ตั้ง	วุฒิที่ได้รับ	สาขา	ตั้งแต่ พ.ศ.	ถึง พ.ศ.	คะแนนเฉลี่ย
มัธยมศึกษา						
ปวช.						
ปวท./ปวส.						
ปริญญาตรี						
ปริญญาโท						
อื่น ๆ						

การศึกษาปัจจุบัน

 ไม่ได้ศึกษา

กำลังศึกษาต่อในระดับ.....

ชื่อสถาบันการศึกษา .....สาขา .....

ประเภท  ภาคปกติ  เสาร์-อาทิตย์  อื่น ๆ  คาดว่าจะจบปี .....

ประวัติการฝึกงาน

หลักสูตร/สาขาวิชา	สถาบัน/บริษัท	งานที่ได้รับมอบหมาย	ระยะเวลา

ความสามารถพิเศษ

คอมพิวเตอร์				อื่นๆ			
โปรแกรม	ดี	พอใช้	เล็กน้อย	ด้าน	ดี	พอใช้	เล็กน้อย

ประสบการณ์การทำงาน (เริ่มจากงานปัจจุบันแล้วย้อนหลังไปตามลำดับ)

1.ชื่อหน่วยงาน		ประเภทธุรกิจ	
ที่อยู่		โทรศัพท์	
ลักษณะงานที่ได้รับมอบหมายโดยย่อ:			
วันเริ่มงาน	ถึง	ตำแหน่งแรกเข้า	ตำแหน่งสุดท้าย
เงินเดือนแรกเข้า	บาท/เดือน	เงินเดือนสุดท้าย	บาท/เดือน
รายได้อื่น ๆ บาท/เดือน			
เหตุผลที่ออกจากงาน :			
2.ชื่อหน่วยงาน		ประเภทธุรกิจ	
ที่อยู่		โทรศัพท์	
ลักษณะงานที่ได้รับมอบหมายโดยย่อ:			
วันเริ่มงาน	ถึง	ตำแหน่งแรกเข้า	
เงินเดือนแรกเข้า	บาท/เดือน	เงินเดือนสุดท้าย	บาท/เดือน
เหตุผลที่ออกจากงาน:			
3.ชื่อหน่วยงาน		ประเภทธุรกิจ	
ที่อยู่		โทรศัพท์	
ลักษณะงานที่ได้รับมอบหมายโดยย่อ:			
วันเริ่มงาน	ถึง	ตำแหน่งแรกเข้า	
เงินเดือนแรกเข้า	บาท/เดือน	เงินเดือนสุดท้าย	บาท/เดือน
เหตุผลที่ออกจากงาน:			

โปรดให้ชื่อและที่อยู่ของบุคคลที่สามารถอ้างอิงถึงความสามารถของท่านได้

ชื่อ - นามสกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่/สถานที่ทำงาน	โทรศัพท์
1.			
2.			
3.			

## ข้อมูลอื่นๆ

1. ท่านมีความบกพร่องของร่างกาย หรือเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงานหรือไม่  
 ไม่มี       มี      ระบุ.....
2. ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่  
 ไม่เคย       เคย      ระบุ .....
3. สุขภาพโดยทั่วไปของท่าน  
 ดีเลิศ       ดี       พอใช้       ไม่ดี
4. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่  
 ไม่สูบ       สูบ      ความถี่ .....มวน/วัน
5. ท่านดื่มสุราหรือไม่  
 ไม่ดื่ม       ดื่ม      ความถี่ .....ครั้ง/เดือน
6. ท่านเคยถูกศาลพิพากษาให้เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเคยทำผิดทางอาญาหรือไม่  
 ไม่เคย       เคย      ระบุ .....
7. ท่านเคยถูกให้ออกจากงานด้วยกรณีใด ๆ หรือไม่  
 ไม่เคย       เคย      ระบุ .....
8. ท่านมีเพื่อนหรือญาติที่ทำงานที่บริษัทนี้หรือไม่  
 ไม่มี       มี      ระบุ .....

บันทึกเพิ่มเติมซึ่งท่านคิดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการสมัครงาน

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นและหลักฐานต่าง ๆ ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้ายินดีให้โรงพยาบาลสอบประวัติเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าได้ และหากข้าพเจ้าได้รับการพิจารณาเข้าทำงาน และโรงพยาบาลกุดบากตรวจสอบว่าข้อมูลที่ให้ไว้ไม่ตรงกับความจริง ข้าพเจ้ายินดีให้โรงพยาบาลกุดบากยกเลิกสัญญาจ้างของข้าพเจ้าทันที โดยข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนหรือเงินชดเชยใดๆ ทั้งสิ้นจากโรงพยาบาลกุดบาก

ลงชื่อ .....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ ...../...../.....

หลักฐานที่แนบมาพร้อมใบสมัคร

- |   |                 |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> สำเนาวุฒิการศึกษา หรือใบรับรองผลการศึกษา | จำนวน 1 ฉบับ    |
| <input type="checkbox"/> ใบทะเบียนผลการเรียน                      | จำนวน 1 ฉบับ    |
| <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือใบสมัครสอบ | จำนวน 1 ฉบับ    |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน                         | จำนวน 1 ฉบับ    |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน                 | จำนวน 1 ฉบับ    |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์                            | จำนวน 1 ฉบับ    |
| <input type="checkbox"/> หลักฐานอื่น ๆ .....                      | จำนวน      ฉบับ |

