เลขที่...../.....

รูปถ่ายขนาด
ขนาด 1 นิ้ว

ใบสมัครงานเป็นลูกจ้าง

โรงพยาบาลค่ายสุรนารี



วันที่...../...../.....เงินเดือนที่ต้องการ..... ต่อเดือน สมัครตำแหน่ง.....

1. ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว) ..... นามสกุล..... เพศ.....อายุ.....ปี

เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ..... สถานที่เกิด.....

น้ำหนัก..... กก. ส่วนสูง..... ซม. เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... ถนน..... ซอย.....

ตำบล..... อำเภอ ..... จังหวัด.....

เบอร์ที่สามารถติดต่อได้ เบอร์บ้าน โทร. ..... เบอร์มือถือ โทร.....

ภูมิลำเนาเดิมเลขที่..... ถนน..... ซอย.....

ตำบล..... อำเภอ ..... จังหวัด.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... ถนน..... ซอย.....

ตำบล..... อำเภอ ..... จังหวัด.....

บัตรประชาชนเลขที่..... ออกให้ ณ.....

วันที่ออกบัตร...../...../..... วันหมดอายุ ...../...../.....

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ แต่งงาน ☐ หม้าย ☐ แยกกัน ☐ หย่าร้าง

จำนวนบุตร (ถ้ามี) ..... คน อายุแต่ละคน 1. ..... ปี 2. ..... ปี 3. ..... ปี 4. ..... ปี 5. ..... ปี

ชื่อภรรยา/สามี..... เชื้อชาติ..... .อาชีพ..... ตำแหน่ง.....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... ถนน..... ซอย..... ตำบล.....

อำเภอ ..... จังหวัด.....เบอร์โทร.....

ชื่อบิดา ..... อายุ..... ปี อาชีพ..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....เบอร์โทร.....

ที่อยู่ปัจจุบัน .....เบอร์โทร.....

ชื่อมารดา..... อายุ..... ปี อาชีพ..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....เบอร์โทร.....

ที่อยู่ปัจจุบัน .....เบอร์โทร.....

2.รายละเอียดทางครอบครัว

มีพี่น้องรวมทั้งหมด..... คน เป็นคนที่..... ชาย..... คน หญิง.....คน

โปรดระบุชื่อ พี่ - น้อง ของท่านพร้อมทั้ง อายุ อาชีพที่อยู่ให้ละเอียด

1. ชื่อ.....อายุ.....ปี ที่อยู่ (บ้าน).....

อาชีพ..... ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน .....

2.ชื่อ.....อายุ.....ปี ที่อยู่ (บ้าน).....

อาชีพ..... ตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน .....

3.ชื่อ.....อายุ.....ปี ที่อยู่ (บ้าน).....

อาชีพ.....ตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน .....

4.ชื่อ.....อายุ.....ปี ที่อยู่ (บ้าน).....

อาชีพ.....ตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน .....

5.ชื่อ.....อายุ.....ปี ที่อยู่ (บ้าน).....

อาชีพ.....ตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน.....

ชนิดที่อยู่ของผู้สมัคร ☐ เช่า ☐ ของตนเอง ☐ กับมารดา - บิดา ☐ กับญาติ

☐ กับเพื่อน ☐ หอพัก ☐ ที่อยู่ของราชการ

ท่านเคยได้รับการรักษาพยาบาล เนื่องจากการเจ็บป่วยร้ายแรง ผ่าตัดหรือพิการทางร่างกายหรือไม่

☐ ไม่ ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุ.....

ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ ☐ ไม่สูบ ☐ สูบ ถ้าสูบโปรดระบุ.....

ท่านดื่มสุราหรือไม่ ☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่ม ถ้าดื่มโปรดระบุ.....

ท่านเคยต้องโทษคดีอาญาหรือไม่ ☐ ไม่ ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุ.....

3. การศึกษา

ชนิดของการศึกษา ชื่อสถานศึกษา ปีที่ศึกษา คุณวุฒิที่ได้รับ วิชาการที่สนใจ

ระดับการศึกษา	ปีที่จบ	สถาบันการศึกษา	สาขาวิชา	เกรดเฉลี่ย
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ประกาศนียบัตรวิชาชีพ				
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร-วิชาชีพชั้นสูง				
ปริญญาตรี				

ท่านเคยเข้ารับการฝึกอบรมด้านใด เมื่อใด ห้วงเวลาใด (โปรดระบุ)

1. หลักสูตร .....จัดโดย .....วันที่.....
2. หลักสูตร .....จัดโดย .....วันที่.....
3. หลักสูตร .....จัดโดย .....วันที่.....

4. หลักสูตร .....จัดโดย .....วันที่.....

5. หลักสูตร .....จัดโดย .....วันที่.....

4. ประสบการณ์ทำงาน

โปรดกรอกประวัติการทำงานของท่าน เริ่มตั้งแต่ตำแหน่งหน้าที่ครั้งล่าสุดลงในช่องที่ 1 และถัดไปตามลำดับ

ชื่อสถานประกอบการ	ปีที่เริ่มงาน จากปี.....ถึง....ปี	ตำแหน่งสุดท้าย ก่อนออก	เงินเดือน สุดท้าย	เหตุผลที่ลาออก

ถ้าคุณยังทำงานอยู่ ทำไมจึงคิดลาออก.....

คุณเคยถูกลงโทษหรือถูกขอให้ลาออกหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย สาเหตุ.....

ทำไมคุณจึงมาสมัครงานที่โรงพยาบาล.....

คุณรู้จักใครในโรงพยาบาล ฯ บ้าง ☐ ไม่มี ☐ มี ใคร.....

ถ้าโรงพยาบาล ฯ ว่าจ้างคุณ คิดว่าจะร่วมงานกับโรงพยาบาลฯ ได้นานแค่ไหน.....

งานชนิดใดที่คุณคิดว่าจะทำได้ดี .....

5. ความสามารถด้านคอมพิวเตอร์

การใช้โปรแกรม	ระดับความสามารถ		
	ใช้ได้ดี	พอใช้	ยังไม่คล่อง
Microsoft Word			
Microsoft Excel			
Microsoft PowerPoint			
E - Mail			

6. ความสามารถทางด้านภาษาต่างประเทศ

ความสามารถด้านภาษา	ความเข้าใจ			การพูด			การอ่าน		
	ดี	พอใช้	ไม่ดี	ดี	พอใช้	ไม่ดี	ดี	พอใช้	ไม่ดี
1. ภาษาอังกฤษ									
2. ภาษาอื่นๆ									

7. ความสามารถการพิมพ์ดีด พิมพ์ดีด / กี่คำต่อนาที ☐ ไทย..... ☐อังกฤษ.....

8. ความสามารถพิเศษ

ขับขี่รถยนต์	☐ ได้	☐ ไม่ได้	/ ใบขับขี่	☐ มี	☐ ไม่มี
ขับขี่รถจักรยานยนต์	☐ ได้	☐ ไม่ได้	/ ใบขับขี่	☐ มี	☐ ไม่มี
ความสามารถอื่นๆ (ระบุ)	.....				

9. บุคคลอ้างอิงที่มิใช่ญาติ

ชื่อ - สกุล	**ที่อยู่/เบอร์โทรศัพท์**	**อาชีพ**	**เกี่ยวข้องเป็น**

กรณีฉุกเฉิน โปรดระบุชื่อและที่อยู่บุคคลที่สามารถตีดต่อได้ ชื่อ – สกุล .....
ที่อยู่.....เบอร์โทร. .....เกี่ยวข้องเป็น.....

10. ข้อมูลอื่น ๆ

เฉพาะเพศชาย ท่านผ่านการรับราชการทหารแล้วหรือยัง ☐ เกณฑ์แล้ว☐ ยังไม่ได้เกณฑ์ ☐ เรียน ร.ด. ปี 3 / 5 ปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความรายละเอียดต่าง ๆ ที่กรอกไว้ในใบสมัครงานนี้ ถูกต้องตรงความเป็นจริงทุกประการ หากข้อความใดเป็นเท็จหรือมีการตรวจพบในภายหลัง โรงพยาบาลฯ มีสิทธิ์พิจารณาเลิกจ้างข้าพเจ้าได้ทันที

เป็นที่เข้าใจและตกลงกันว่า หากมีการว่าจ้างเกิดขึ้นจะถือเอาระยะ 90 วันแรกของการว่าจ้างเป็นระยะเวลาทดลองงาน รวมทั้งยินยอมให้โรงพยาบาลฯ ตรวจสอบ ข้าพเจ้ายินดีให้เปิดเผยประวัติส่วนตัวและหลักฐานการสมัครได้ประวัติของข้าพเจ้าทั้งทางด้านการแพทย์ , ประวัติการทำงาน , ประวัติลายพิมพ์นิ้วมือและสิ่งจำเป็นอื่น ๆ ทั้งก่อนหรือในระหว่างการว่าจ้างได้ หากคุณสมบัติไม่เหมาะสม โรงพยาบาลฯ มีสิทธิบอกเลิกจ้างได้ทันที

ข้าพเจ้ายินยอมทำงานล่วงเวลาและทำงานในวันหยุด และยินดีที่จะปฏิบัติตามกฎระเบียบและข้อบังคับของโรงพยาบาลค่ายสุรนารี ทุกประการ

ลงชื่อ ผู้สมัครงาน

.....

( )

...../...../.....