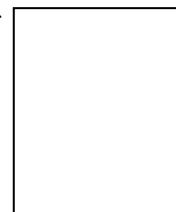


ใบสมัครเพื่อคัดเลือกบุคคล เพื่อจัดจ้างเหมาบริการ โรงพยาบาลท่าสองยาง

๑. ชื่อ-สกุล..... วันที่สมัคร.....
๒. เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
๓. เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
๔. เกิดตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
๕. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....



- ออก ณ สำนักทะเบียนอำเภอ.....
๖. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... ถนน..... ตำบล.....
- อำเภอ..... จังหวัด..... ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....
- ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
- โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

๗. สถานภาพ () โสด () สมรส () หย่า () ม่าย

๘. บิดาชื่อ..... อาชีพ.....

มารดาชื่อ..... อาชีพ.....

๙. คุณวุฒิการศึกษาที่ใช้สมัครระดับ..... สาขาวิชาเอก.....

สถานศึกษา..... วันที่ได้รับวุฒิ.....

๑๐. คุณวุฒิการศึกษาสูงสุด..... สาขาวิชาเอก.....

สถานศึกษา..... วันที่ได้รับวุฒิ.....

๑๑. ประเภทใบประกอบวิชาชีพ..... เลขที่..... วันที่ได้รับใบประกอบ

วิชาชีพ..... วันที่หมดอายุ..... ต่ออายุครั้งที่.....

๑๒. ความสามารถพิเศษ ๑) คอมพิวเตอร์(ระบุโปรแกรม).....

๒) กีฬา (ระบุประเภท).....

๓) ดนตรี(ระบุประเภท).....

๔) พิมพ์ดีด (สัมผัส , ธรรมดา).....

๕) ภาษา (ระบุชื่อภาษา).....

๖) อื่นๆ (ระบุ).....

๑๓. ประวัติการทำงาน () ไม่เคยประกอบอาชีพอื่น () เคยประกอบอาชีพอื่น คือ

(๑) อาชีพ/งาน..... ระยะเวลา..... ปี สาเหตุที่เลิกหรือออกจากงาน.....

ชื่อนายจ้าง/ผู้บังคับบัญชา..... สถานที่ติดต่อ.....

(๒) อาชีพงาน..... ระยะเวลา..... ปี สาเหตุที่เลิกหรือออกจากงาน.....

๑๔. ข้าพเจ้าขอสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อบรรจุ ในตำแหน่ง.....

ซึ่งเป็นตำแหน่ง ลูกจ้างชั่วคราวประเภท () รายเดือน () รายวัน () จ้างเหมาบริการ เพื่อปฏิบัติงานสังกัด

โรงพยาบาลท่าสองยาง

๑๕. โรคประจำตัว (ระบุชื่อโรคที่เป็น)..... ระยะเวลาที่เป็น.....

๑๖. การตั้งครรภ์ (ระบุว่าอยู่ในระหว่างตั้งครรภ์หรือไม่)..... ถ้าตั้งครรภ์อายุครรภ์..... เดือน

๑๗. ข้อมูลอื่นๆ (โปรดตอบให้ชัดเจน หากข้อใดไม่สะดวกจะตอบให้เว้นได้)

๑๗.๑ น้ำหนัก ส่วนสูง..... รอบเอว..... BMI.....

๑๗.๒ สิ่งที่ภูมิใจที่สุดในชีวิต

.....

- ๑๗.๓ หนี้สินในครอบครัว () มี () ไม่มี
- ๑๗.๔ ประวัติการ สูบบุหรี่ () สูบ () ไม่สูบ () เคยสูบแต่ปัจจุบันไม่สูบ
ดื่มสุรา () ดื่ม () ไม่ดื่ม () เคยดื่มแต่ปัจจุบันไม่ดื่ม
- ๑๗.๕ การออกกำลังกาย () ไม่เคย
() สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง
() สัปดาห์ ละ ๒ - ๓ ครั้ง
() มากกว่าสัปดาห์ละ ๒ - ๓ ครั้ง

๑๗.๖ กิจกรรมที่เคยทำระหว่างเรียน หรือการมีส่วนร่วมในชุมชน

- ๑.....
๒.....
๓.....

๑๗.๗. บุคคลที่รู้จักในโรงพยาบาล

- ๑.....
๒.....
๓.....

๑๗.๘. ทำไม่ถึงมาสมัครงานที่โรงพยาบาล

- ๑.....
๒.....
๓.....

๑๗.๙. สิ่งที่คุณคิดว่าโรงพยาบาลทำสองอย่างควรปรับปรุงในการให้บริการ ๓ อันดับแรก

- ๑.....
๒.....
๓.....

๑๘. ข้าพเจ้าขอให้คำสัตย์ปฏิญาณ ว่าคุณข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามมาตรา ๓๐ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๓๕ และตามประกาศรับสมัครลูกจ้างชั่วคราวของโรงพยาบาลทำสองอย่างทุกประการ หากพบว่ามีข้อมูลที่ให้เป็นเท็จ โรงพยาบาลสงวนสิทธิ์ในการบอกเลิกสัญญาจ้างทันที

ลายมือชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

ลายมือชื่อ.....ผู้รับรอง**
(.....)

หมายเหตุ ** ผู้รับรองต้องเป็นผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/ ข้าราชการระดับ ๓ ขึ้นไป