ใบสมัครเลขที่ ..................................

**ใบสมัครพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป**

|  |  |
| --- | --- |
| ชื่อและนามสกุล | สมัครตำแหน่ง |
| (นาย/นาง/นางสาว)..................................................................................... | ....................................................................... |
| ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้................................................................................ | วัน/เดือน/ปีเกิด | อายุ |
| ..................................................................................................................... | ....................................  | ............................ |
| หมายเลขโทรศัพท์........................................................................................ | สถานที่เกิด | เชื้อชาติ |
| e-mail Address …………………………………………………………………………….. | ....................................  | ............................ |
| เลขบัตรประจำตัวประชาชน........................................................................ | สถานภาพสมรส | สัญชาติ |
| ออกให้ที่อำเภอ/เขต..................................... จังหวัด................................... | ....................................  | ............................ |
| วันเดือนปีที่ออกบัตร.................................................................................... | การรับราชการทหาร | ศาสนา |
| วันเดือนปีที่บัตรหมดอายุ............................................................................. | ....................................  | ............................ |
| วุฒิการศึกษาตรงตามตำแหน่งที่สมัคร คือ ได้รับปริญญา/ประกาศนียบัตร.............................................................................สาขาวิชา..............................................................................................ทาง.............................................................................โดยได้รับอนุมัติจากสถานศึกษาชื่อ..........................................................................................................................................เมื่อวันที่...................เดือน.............................................พ.ศ. ............................ ได้คะแนนเฉลี่ยสะสม................................... |
| ใบประกอบวิชาชีพ/ใบประกอบโรคศิลปะ...............................................................................................................................ออกให้ ณ วันที่...................เดือน......................................พ.ศ. .............................วันหมดอายุ วันที่...................เดือน......................................พ.ศ. ............................. |
| อาชีพปัจจุบัน........................................................................................................................................................................... |
| เหตุผลที่ (อยาก) ออกจากงาน |
| ................................................................................................................................................................................................. |

ข้อมูลการศึกษาและฝึกอบรม

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ปี พ.ศ. | สถานศึกษา/หน่วยงาน | ประกาศนียบัตร/ปริญญาบัตร/วิชาเอก |
| จาก | ถึง |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ข้อมูลการทำงานและประสบการณ์ทำงาน (โปรดให้รายละเอียดของงานที่ทำในช่วง ๕ ปีหลัง)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ปี พ.ศ. | ชื่อและที่อยู่ของหน่วยงาน | ตำแหน่งงานและหน้าที่โดยย่อ | เงินเดือน | สาเหตุที่ออกจากงาน |
| จาก | ถึง |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

โปรดระบุความสำเร็จของงานที่ทำผ่านมาในช่วง ๕ ปีหลัง (ถ้ามี)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

โปรดให้ความเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับ และอธิบายว่าประสบการณ์นั้น ๆ เป็นประโยชน์ต่องานที่สมัครในครั้งนี้อย่างไรบ้าง

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

ข้อมูลความรู้ความสามารถพิเศษ (ถ้ามี)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

บุคคลอ้างอิง (ขอให้ระบุชื่อบุคคลที่คุ้นเคยกับการทำงานของท่าน เช่น ผู้บังคับบัญชาโดยตรง โปรดอย่าระบุชื่อบุคคลที่เป็นญาติหรือเพื่อน)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ชื่อและนามสกุล | ตำแหน่งปัจจุบัน | ที่ทำงานปัจจุบันและโทรศัพท์ | ระบุความสัมพันธ์กับท่าน |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |   |  |  |
|  |  |  |  |

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในประกาศรับสมัครของกรมการแพทย์ เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อเลือกสรรเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป ลงวันที่ ............ เดือน ................................ พ.ศ. ...............

 ขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความตอนใดเป็นความเท็จหรือไม่ตรงกับความจริง ให้ถือเป็นหลักฐานเพื่อเลิกจ้างข้าพเจ้าได้ทันที

 ลงชื่อ ........................................................... ผู้สมัคร

 (............................................................)

 ยื่นใบสมัครวันที่ ........ เดือน..................... พ.ศ. .............