



แบบใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกจ้างเหมาบุคลากรผู้ทำหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพ

1. ข้อมูลบุคคล

ชื่อผู้สมัคร.....นามสกุล.....
วัน เดือน ปี เกิด.....ส่วนสูง..... น้ำหนัก

อายุ.....ปี สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
สถานะภาพ.....Line ID :..... E-mail :.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
.....
สถานที่ติดต่อได้สะดวก/รวดเร็ว.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....

2. วุฒิการศึกษา

ปีที่สำเร็จการศึกษา	คุณวุฒิและสาขาวิชาเอก	สถานที่ศึกษา

3. ประวัติการทำงานถึงปัจจุบัน

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	อัตราเงินเดือน	สังกัด

4. การฝึกอบรมและดูงาน

วัน เดือน ปี (ระยะเวลา)	รายการฝึกอบรม/ดูงาน	สถานที่

5. ข้อมูลเพิ่มเติมอื่น ๆ

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบ
ตรวจสอบภายหลังพบว่า ข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าสละสิทธิ์ได้รับการคัดเลือก
และหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่.....

เอกสารประกอบการสมัคร	
1. สำเนาวุฒิการศึกษา	จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาใบประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (หลักสูตร 1 ปี)	จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	จำนวน 1 ฉบับ
4. สำเนาทะเบียนบ้าน	จำนวน 1 ฉบับ
5. รูปถ่ายสี หน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด 1 นิ้ว	จำนวน 2 ใบ
6. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ถ้ามี)	จำนวน 1 ฉบับ
7. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง จากโรงพยาบาลภาครัฐ เท่านั้น (ซึ่งออกให้ไม่เกิน 1 เดือน)	จำนวน 1 ฉบับ