



บริษัท โรงพยาบาลราชธานี นองแคว จำกัด		ติครูป่วย	
ใบสมัครงาน	หลักฐานการสมัครงาน/เอกสารก่อนเริ่มงาน		
วันที่สมัคร	<input type="checkbox"/> 1.สำเนาบัตรประชาชน 2 ฉบับ <input type="checkbox"/> 2.สำเนาทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> 3.สำเนาวุฒิการศึกษา <input type="checkbox"/> 4.สำเนาใบประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> 5.ใบทำงาน	<input type="checkbox"/> 8.ผลการตรวจร่างกาย <input type="checkbox"/> 9.ใบประเมินการสัมภาษณ์งาน <input type="checkbox"/> 10.วินัย/เอกสารการผ่านฝึกอบรม <input type="checkbox"/> 11.บันทึกข้อตกลง <input type="checkbox"/> 12.หนังสือสัญญาจ้าง	15.อื่นๆ.....
ตำแหน่งที่สมัคร 1.....			น้ำหนักร
2.....			ส่วนสูง
เงินเดือนที่คาดหวัง.....บาท			
ข้อมูลส่วนตัว			
ชื่อ-สกุล..... เลขบัตรประชาชน..... ออกให้โดย.....			
วัน-เดือน-ปีเกิด อายุ..... ปี เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา.....			
สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หย่าร้าง			
สถานภาพทางทหาร <input type="checkbox"/> จะเกณฑ์ทหารปีพ.ศ. <input type="checkbox"/> ปลดเป็นกองหนุน พ.ศ. <input type="checkbox"/> ได้รับการยกเว้น			
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้			
..... รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์			
กรณีฉุกเฉินให้ติดต่อ ชื่อ-สกุล ความสัมพันธ์ โทรศัพท์			
ประวัติครอบครัว			
บิดา ชื่อ-สกุล อาชีพ อายุ ปี			
<input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ถึงแก่กรรม <input type="checkbox"/> มีโรคประจำตัว (ระบุ) <input type="checkbox"/> ไม่มีโรคประจำตัว			
มารดา ชื่อ-สกุล อาชีพ อายุ ปี			
<input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ถึงแก่กรรม <input type="checkbox"/> มีโรคประจำตัว (ระบุ) <input type="checkbox"/> ไม่มีโรคประจำตัว			
มีพี่น้องทั้งหมด คน ข้าพเจ้าเป็นบุตรลำดับที่			
ชื่อ-สกุล	เพศ	อายุ	ตำแหน่งอาชีพ /สถานที่ทำงาน
คู่สมรส ชื่อ-สกุล อาชีพ อายุ ปี			
สถานที่ทำงานคู่สมรส โทรศัพท์			
จำนวนบุตร ชาย คน หญิง คน			
บุตรคนที่ 1 ชื่อ-สกุล อายุ ปี <input type="checkbox"/> ศึกษา <input type="checkbox"/> ไม่ได้ศึกษา			
บุตรคนที่ 2 ชื่อ-สกุล อายุ ปี <input type="checkbox"/> ศึกษา <input type="checkbox"/> ไม่ได้ศึกษา			
บุตรคนที่ 3 ชื่อ-สกุล อายุ ปี <input type="checkbox"/> ศึกษา <input type="checkbox"/> ไม่ได้ศึกษา			
ประวัติสุขภาพ			
<input type="checkbox"/> มีโรคประจำตัว (ระบุ) <input type="checkbox"/> ไม่มีโรคประจำตัว			
<input type="checkbox"/> เคยรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ด้วยโรค <input type="checkbox"/> ไม่เคยรักษาตัวในโรงพยาบาล			

ประวัติการศึกษา				
วุฒิการศึกษา	สถาบันการศึกษา/จังหวัด	สาขา	ปีการศึกษาที่จบ	เกรดเฉลี่ย
ประถมศึกษา				
มัธยมศึกษา <input type="checkbox"/> ตอนต้น <input type="checkbox"/> ตอนปลาย				
อาชีวศึกษา <input type="checkbox"/> ปวช. <input type="checkbox"/> ปวส.				
ปริญญาตรี				
ปริญญาโท				
ประวัติการทำงาน				
ชื่อสถานประกอบการ (ตามลำดับก่อน-หลัง)	ระยะเวลา	ตำแหน่ง	เงินเดือน	สาเหตุการลาออก
ภาษาต่างประเทศ <input type="checkbox"/> ภาษาอังกฤษ <input type="checkbox"/> ภาษาจีน <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) ระดับในการใช้ <input type="checkbox"/> พูด (คล่อง/พอใช้/เล็กน้อย /ไม่ได้) <input type="checkbox"/> เขียน (คล่อง/พอใช้/เล็กน้อย /ไม่ได้)				
ความสามารถพิเศษ				
การใช้คอมพิวเตอร์ <input type="checkbox"/> Microsoft Word <input type="checkbox"/> Microsoft Excel <input type="checkbox"/> Microsoft Power Point <input type="checkbox"/> อื่นๆ การพิมพ์ดีด <input type="checkbox"/> ภาษาไทย คำ/นาที <input type="checkbox"/> ภาษาอังกฤษ คำ/นาที การขับขี่ยานพาหนะ <input type="checkbox"/> ขับรถยนต์ได้ ใบขับขี่รถยนต์เลขที่ <input type="checkbox"/> ขับรถจักรยานยนต์ได้ ใบขับขี่รถจักรยานยนต์เลขที่ ความสามารถพิเศษอื่นๆ				
สถานะทางการเงิน				
สถานะทางการเงิน <input type="checkbox"/> ไม่มีหนี้สิน <input type="checkbox"/> มีหนี้สิน <input type="checkbox"/> ผ่อนชำระที่อยู่อาศัยเดือนละ บาท เป็นระยะเวลา เดือน <input type="checkbox"/> ผ่อนชำระรถยนต์/จักรยานยนต์ บาท เป็นระยะเวลา เดือน <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)				
ท่านมีบุคคลที่รู้จักหรือญาติที่ทำงานในบริษัทนี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุชื่อ-สกุล เกี่ยวข้องเป็น.....				
โปรดระบุชื่อบุคคลที่ท่านสามารถให้การรับรองรายละเอียดเกี่ยวกับท่าน ที่ไม่ใช่ญาติหรือพี่น้อง				
ชื่อ-สกุล	สถานที่ทำงาน	ตำแหน่ง	ความสัมพันธ์	โทรศัพท์
.....
.....

การรับรองข้อมูลผู้สมัคร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่เขียนลงในใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏว่าข้อมูลใดไม่เป็นความจริงข้าพเจ้ายินยอมให้ทางบริษัทเลิกจ้างได้โดยทันทีโดยไม่เรียกร้องค่าชดเชยใดๆ และ หากมีความเสียหายด้วยประการใดในการนี้ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้ค่าเสียหายนั้นๆให้แก่บริษัทโรงพยาบาลราชธานี หนองแค จำกัด จนครบถ้วน

ลงชื่อผู้สมัคร วันที่

สำหรับเจ้าหน้าที่รับสมัคร

สรุปผลการสัมภาษณ์ ผ่าน ไม่ผ่าน
ตำแหน่ง แผนก ฝ่าย
เพื่อ เพิ่มอัตรากำลัง ทดแทน วันที่เริ่มทดลองงาน

รายละเอียดการว่าจ้าง
.....
.....
.....

อนุมัติ ไม่อนุมัติ
ความเห็น
.....
.....

ลงชื่อ ลงชื่อ ลงชื่อ
(.....) (.....) (.....)
บุคคล-ธุรการ ผู้จัดการฝ่าย รองผู้อำนวยการ/ผู้อำนวยการ