

รูปถ่าย 1 นิ้ว
1 รูป

ใบสมัครงาน

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

ตำแหน่งที่สมัคร	

ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย)	
ชื่อ – นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)	

เพศ	○ ชาย	○ หญิง	วัน/เดือน/ปีเกิด	
เลขที่บัตรประชาชน			วันหมดอายุ	
ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่	○ ไม่มี	○ มี (โปรดระบุ)		
การรับราชการทหาร	○ เกณฑ์ทหารแล้ว	○ ยังไม่ได้เกณฑ์	○ ได้รับการยกเว้น เพราะเรียน รด.	
ที่อยู่ (ที่ติดต่อสะดวก)				
หมายเลขโทรศัพท์				
E-Mail Address				
ID Line/Facebook				

ประวัติการศึกษา

ระดับการศึกษา	คณะและสาขาวิชา	สถาบัน	ปีที่สำเร็จ	เกรดเฉลี่ย
มัธยมศึกษาตอนต้น				
มัธยมศึกษาตอนปลาย				
ปริญญาตรี				
ปริญญาโท				
ปริญญาเอก				
ประกาศนียบัตร				
อยู่ระหว่างการศึกษา				

○ ไม่มีประสบการณ์ในการทำงาน ○ มีประสบการณ์ในการทำงาน (เริ่มจากปัจจุบันจนถึงอดีต)

(1) สถานที่ทำงาน	
ตำแหน่ง	

ลักษณะงานโดยย่อ			
ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง	เริ่มต้น (วัน/เดือน/ปี)	สิ้นสุด (วัน/เดือน/ปี)	รวมอายุงาน
รายได้	เงินเดือน	บาท	
	รายได้อื่น ๆ โปรดระบุ	บาท	
รายได้			
สาเหตุที่ลาออก			
(2) สถานที่ทำงาน			
ที่ตั้ง			
ตำแหน่ง			
ลักษณะงานโดยย่อ			
ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง	เริ่มต้น (วัน/เดือน/ปี)	สิ้นสุด (วัน/เดือน/ปี)	รวมอายุงาน
รายได้	เงินเดือน	บาท	
	รายได้อื่น ๆ โปรดระบุ	บาท	
สาเหตุที่ลาออก			
(3) สถานที่ทำงาน			
ที่ตั้ง			
ตำแหน่ง			
ลักษณะงานโดยย่อ			
ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง	เริ่มต้น (วัน/เดือน/ปี)	สิ้นสุด (วัน/เดือน/ปี)	รวมอายุงาน
รายได้	เงินเดือน	บาท	
	รายได้อื่น ๆ โปรดระบุ	บาท	
สาเหตุที่ลาออก			

ประวัติการฝึกอบรม/สัมมนา/ดูงาน เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่สมัคร

ชื่อหลักสูตร	จัดโดย	วัน/เดือน/ปีที่อบรม

ความรู้ความชำนาญพิเศษ (โปรดระบุในช่องว่าง)

ความสามารถในการใช้ภาษาต่างประเทศ	
ความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม	
ความสามารถอื่น ๆ	
งานอดิเรก	

ประวัติครอบครัว

สถานภาพครอบครัว	○ โสด	○ สมรส	○หย่า	○หม้าย		
ชื่อ-สกุล คู่สมรส			เลขที่บัตรประชาชน			
สถานที่ทำงาน			ตำแหน่ง			
ที่อยู่ (ที่ติดต่อสะดวก)						
หมายเลขโทรศัพท์						
บุตรคนที่ 1	○ ยังไม่เข้ารับการศึกษา		○ อยู่ระหว่างการศึกษา		○ ทำงานแล้ว	
ชื่อ-สกุล			วัน/เดือน/ปีเกิด			
บุตรคนที่ 2	○ ยังไม่เข้ารับการศึกษา		○ อยู่ระหว่างการศึกษา		○ ทำงานแล้ว	
ชื่อ-สกุล			วัน/เดือน/ปีเกิด			
ชื่อ-สกุล บิดาผู้สมัคร		○ มรณะ	○ มีชีวิตอยู่	อายุ	ปี	
สถานที่ทำงานปัจจุบัน		ตำแหน่งปัจจุบัน				
ชื่อ-สกุล มารดาผู้สมัคร		○ มรณะ	○ มีชีวิตอยู่	อายุ	ปี	
สถานที่ทำงานปัจจุบัน		ตำแหน่งปัจจุบัน				

บุคคลอ้างอิงที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สอบถามข้อมูลผู้สมัครได้

(1) ชื่อ-สกุล		ความสัมพันธ์	
ตำแหน่ง		หมายเลขโทรศัพท์	
(2) ชื่อ-สกุล		ความสัมพันธ์	
ตำแหน่ง		หมายเลขโทรศัพท์	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า “ข้อความที่เขียนข้างต้นเป็นความจริง หากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ตรวจพบว่าข้อความใดเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินดีให้ สพฉ. เลิกจ้างโดยไม่เรียกร้องค่าชดเชย ค่าเสียหาย หรือดำเนินคดีใด ๆ”

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

( )

วัน/เดือน/ปีที่สมัคร.....