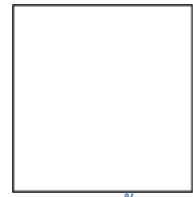


## แบบฟอร์มการสมัครงาน สถาบันพยาบาลศรีสุโข



รูปขนาด 1 นิ้ว 2 รูป

1. สมัครตำแหน่ง: .....
  2. ชื่อ-สกุล ภาษาไทย: .....
  3. ชื่อ-สกุล ภาษาอังกฤษ: .....  
(เขียนภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่)
  4. เพศ: (เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)       ชาย       หญิง
  5. วัน เดือน ปี พ.ศ.เกิด: .....
  6. ศาสนา: .....
  7. ที่อยู่: (ที่ติดต่อได้สะดวก) .....  
.....  
.....
- โทรศัพท์: ..... มือถือ: .....
8. บัตรประชาชนเลขที่: .....  
วันที่ออกบัตร: .....
  9. บัตรผู้เสียภาษีเลขที่: .....
  10. การศึกษา:

ระดับชั้น	สถานศึกษา	คณะ / สาขา	วิชาเอก/โท	เดือนปีที่จบ	คะแนนเฉลี่ย



## 13. ทักษะทางคอมพิวเตอร์/พิมพ์ดีด:

โปรแกรม	คล่อง	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้ฝึก
Microsoft Word				
Microsoft Excel				
Microsoft Powerpoint				
HosXP และ ภาษา SQL				
การจัดการระบบ Network / Linux				
Photoshop / โปรแกรมตัดต่อวิดีโอ				
การบริหารจัดการเว็บไซต์ HTML, PHP				
อื่นๆ ระบุ.....				

พิมพ์ดีดไทย ความเร็ว ..... คำ/นาที

พิมพ์ดีดอังกฤษ ความเร็ว ..... คำ/นาที

14. สถานภาพสมรส:       โสด       สมรส       หม้าย

กรณีสมรส โปรดเลือกข้อที่ตรงกับความเป็นจริง

 จัดทะเบียนสมรส ไม่ได้จดทะเบียนสมรส ผู้ใหญ่รับรู้ อยู่ด้วยกันเฉยๆ

## 15. หากมีคู่สมรส:

คู่สมรสของท่านทำงานที่ใด .....

ที่อยู่ติดต่อกับคู่สมรส .....

โทรศัพท์ที่ติดต่อดีสะดวก .....

## 16. ท่านมีภาระที่ต้องอุปการะกี่คน .....

จำนวนบุตร .....

17. ญาติใกล้ชิด:

ชื่อ-สกุล	ความสัมพันธ์	ที่อยู่/โทรศัพท์ติดต่อ	อาชีพ

18. กรณีฉุกเฉิน ให้ติดต่อ:

ชื่อ-สกุล	ความสัมพันธ์	ที่อยู่/โทรศัพท์ติดต่อ	อาชีพ

19. ท่านมียานพาหนะหรือไม่       ไม่มี       มี      ระบุ .....

มีใบขับขี่ ..... ใบ      วันหมดอายุใบขับขี่แต่ละใบ .....

20. ปัจจุบัน พักอาศัยอย่างไร

บ้านตนเอง     บ้านเช่า/ห้องเช่า/หอพัก       กับ พ่อแม่/ญาติ       อื่นๆ .....

21. ปัจจุบันท่านมีหนี้สินหรือไม่

ไม่มี       มี      เพราะ .....

22. งานอดิเรกที่ท่านสนใจทำ .....

23. ท่านเคยเจ็บป่วยร้ายแรงหรือไม่ .....

24. ท่านเคยถูกให้พักงานหรือไม่ เมื่อใด พร้อมเหตุผลประกอบ:

.....

.....

.....

.....

25. ท่านเคยมีคดีความหรือถูกจำคุกหรือไม่ คดีอะไร

.....  
 .....  
 .....

26. ท่านเป็นสมาชิกพรรคการเมืองใดหรือไม่

.....  
 .....

27. ท่านรู้จักบุคลากรท่านใดของสถานพยาบาลแห่งนี้เป็นพิเศษหรือไม่

.....  
 .....

28. เงินเดือนล่าสุดที่ท่านได้:

.....

ระบบเงินเพิ่มเติมพิเศษ มีอย่างไร

.....  
 .....

สวัสดิการและผลตอบแทนที่ได้รับ

.....  
 .....  
 .....

29. เงินเดือนขั้นต่ำที่ท่านคาดว่าจะได้รับ:

.....

30. ท่านจะพร้อมเริ่มงานได้เมื่อใด

.....

31. บุคคลที่สามารถอ้างอิงท่านได้:

ชื่อ-สกุล	ความสัมพันธ์	ที่อยู่/โทรศัพท์ติดต่อ	อาชีพ

## ข้อตกลง

ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองว่า ข้อความรายละเอียดต่างๆ ที่กรอกไว้ในใบสมัครงานนี้ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ หากข้อความใดเป็นเท็จ มีการตรวจพบในภายหลัง สถานพยาบาลฯ มีสิทธิพิจารณาเลิกจ้างข้าพเจ้าได้ทันที โดยไม่ต้องจ่ายค่าชดเชยใดๆ ทั้งสิ้น

เป็นที่เข้าใจและตกลงกันว่า หากมีการว่าจ้างเกิดขึ้น จะถือเอาระยะเวลาไม่เกิน 180 วัน (เว้นแต่ได้มีการตกลงเป็นอย่างอื่น) เป็นระยะเวลา “ทดลองงาน” จะไม่ได้สิทธิสวัสดิการต่างๆ ดังเช่นพนักงานปกติ (เว้นแต่ตกลงโดยสถานพยาบาลฯ)

ข้าพเจ้าตกลงให้สถานพยาบาลฯ ตรวจสอบและยินดีเปิดเผยประวัติส่วนตัวและหลักฐานการสมัครงานได้ ประวัติของข้าพเจ้า ทั้งทางด้านการแพทย์ ประวัติการทำงาน ประวัติลายพิมพ์นิ้วมือ และสิ่งจำเป็นอื่นๆ ทั้งก่อนหรือในระหว่างการว่าจ้างได้ หากคุณสมบัติไม่เหมาะสม สถานพยาบาลฯ มีสิทธิ์บอกเลิกจ้างได้ทันที

ข้าพเจ้ายินยอมทำงานล่วงเวลา ทำงานในวันหยุด และทำงานล่วงเวลาในวันหยุด และยินดีที่จะปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ของสถานพยาบาลฯ ทุกประการ โดยตกลงทำงานสัปดาห์ละอย่างน้อย 48 ชั่วโมง รวมถึงทำงานเป็นกะ ( หากมี ) การโอนย้าย เปลี่ยนแปลงหน้าที่ สถานที่ทำงาน เวลาพัก วันและเวลาทำงาน โดยไม่จำเป็นต้องขอความยินยอมจากข้าพเจ้าเป็นการล่วงหน้า

ข้าพเจ้าขอยอมรับว่า อัตราค่าจ้างที่สถานพยาบาลฯ ตกลงให้ฉันี้ ได้รวมถึงการทำงานระหว่างเวลาพักดังกล่าว

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร

..... พยาน

วันที่ .....