

ใบสมัครเลขที่

ใบสมัครสำหรับพนักงานราชการทั่วไป



๑. ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อและนามสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....	สมัครตำแหน่ง.....	
ที่อยู่ติดต่อได้.....	วัน/เดือน/ปีเกิด.....	อายุ.....
หมายเลขโทรศัพท์.....	สถานที่เกิด.....	เชื้อชาติ.....
e-mail Address
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....	สถานภาพสมรส.....	สัญชาติ.....
ออกให้ที่อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....	การรับราชการทหาร.....	ศาสนา.....
วันเดือนปีที่ออกบัตร.....หมดอายุ.....
อาชีพปัจจุบัน.....		
เหตุผลที่ (อยาก) ออกจากงาน.....		

๒. ข้อมูลการศึกษาและฝึกอบรม

ปี พ.ศ.		สถานศึกษา	ประกาศนียบัตร/ปริญญาบัตร/วิชาเอก
จาก	ถึง		

หลักสูตรเพิ่มเติม

การฝึกอบรม

--	--

๓. ข้อมูลการทำงานและประสบการณ์ทำงาน (โปรดให้รายละเอียดของงานที่ทำในช่วง ๓ ปีหลัง)

ปี พ.ศ.		ชื่อและที่อยู่ ของหน่วยงาน	ตำแหน่งงานและ หน้าที่โดยย่อ	เงินเดือน	สาเหตุที่ออกจากงาน
จาก	ถึง				

โปรดระบุความสำเร็จของงานที่ทำผ่านมาในช่วง ๓ ปีหลัง (ถ้ามี)

--

โปรดให้ความเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับ และอธิบายว่าประสบการณ์นั้น ๆ เป็นประโยชน์ต่องานที่สมัครในครั้งนี้อย่างไรบ้าง

--

๔. ข้อมูลความรู้ความสามารถพิเศษ (ถ้ามี)

--

๕. บุคคลอ้างอิง (ขอให้ระบุชื่อบุคคลที่คุณเคยกับการทำงานของท่าน เช่น ผู้บังคับบัญชาโดยตรง โปรดอย่าระบุชื่อบุคคลที่เป็นญาติหรือเพื่อน)

ชื่อและนามสกุล	ตำแหน่งปัจจุบัน	ที่ทำงานปัจจุบันและโทรศัพท์	ระบุความสัมพันธ์กับท่าน

๖. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในข้อ ๘ แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยพนักงานราชการ พ.ศ. ๒๕๔๗

ขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความตอนใดเป็นความเท็จหรือไม่ตรงกับความจริง ให้ถือเป็นหลักฐานเพื่อเลิกจ้างข้าพเจ้าได้ทันที

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)

ยื่นใบสมัครวันที่ เดือน..... พ.ศ.

แบบคำร้องขอสมัครพนักงานราชการ

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียนอธิบดีกรมการแพทย์.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เป็นผู้จบการศึกษาปริญญา/ประกาศนียบัตร.....

สาขาวิชา/วิชาเอก..... โดยได้รับอนุมัติจากสถานศึกษาชื่อ

.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(ภายในวันปิดรับสมัคร) มีความประสงค์ที่จะสมัครเพื่อรับการเลือกสรรเป็นพนักงานราชการ

กรม/หน่วยงาน สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ ตำแหน่ง.....ซึ่งรับสมัคร

จากผู้ที่ได้รับวุฒิ (ปริญญา/ประกาศนียบัตร).....สาขาวิชา/

วิชาเอก..... ระหว่างวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ. พร้อมนี้ ข้าพเจ้าได้ขอยื่น (หลักฐานการศึกษา)

.....ไว้ก่อน

ทั้งนี้ หากมีการตรวจสอบเอกสาร หรือคุณสมบัติของข้าพเจ้าที่ได้ยื่นสมัครแล้ว ปรากฏว่า ก.พ.

ยังมีได้รับรองวุฒิของข้าพเจ้าหรือคุณวุฒิดังกล่าวไม่ตรงตามคุณวุฒิของตำแหน่งที่ข้าพเจ้าสมัครอันมีผลทำให้

ข้าพเจ้าไม่มีสิทธิสมัครตามประกาศรับสมัครที่กล่าวถึงข้างต้น ข้าพเจ้าจะไม่ใช้สิทธิเรียกร้องใด ๆ ทั้งสิ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณารับสมัครข้าพเจ้าด้วย จะขอบคุณยิ่ง

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

ผู้สมัคร

หมายเหตุ : ผู้สำเร็จการศึกษาจะต้องได้รับการรับรองจากสถานศึกษาว่าเป็นผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตร
ดังกล่าวไม่เกินวันที่ปิดรับสมัคร มิเช่นนั้นจะถือเป็นผู้ขาดคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งที่สมัคร

โปรดอ่านข้อปฏิบัติด้านหลัง

บัตรประจำตัวผู้สมัคร กรมการแพทย์

เลขประจำตัวผู้สมัคร.....

เลขประจำตัวประชาชน.....

ตำแหน่ง.....

ชื่อ-นามสกุล.....

ติดรูปถ่าย

ขนาด

๑.๕ x ๒ นิ้ว

ติดรูปถ่าย

ขนาด

๑.๕ x ๒ นิ้ว

บัตรประจำตัวผู้สมัคร กรมการแพทย์

เลขประจำตัวผู้สมัคร.....

เลขประจำตัวประชาชน.....

ตำแหน่ง.....

ชื่อ-นามสกุล.....

ลายมือชื่อผู้สมัคร

(.....)

เจ้าหน้าที่ออกบัตร

ลายมือชื่อผู้สมัคร

(.....)

เจ้าหน้าที่ออกบัตร