



ใบสมัครงานสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทย ใบสมัครเลขที่.....

โรงพยาบาลศรีธัญญา (อาคารคลังสมอง) ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

SRITHANYA HOSPITAL , (BRIN BANK BUILDING) TIWANON RD. T.T.TALADKHWAN,A.MUANG,C.NONTHABURI 11000

โทร. 0-2525 2630 โทรสาร. 0-2968 9667 e - mail : AMI_DMH@hotmail.com

1. ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อและนามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)	สมัครตำแหน่ง	
ที่อยู่ติดต่อได้ หมายเลขโทรศัพท์ E-mail Address	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ
	สถานที่เกิด	เชื้อชาติ
		
หมายเลขบัตรประชาชน ออกให้ที่อำเภอ /เขต.....จังหวัด..... วัน/เดือน/ปี ที่ออกบัตรหมดอายุ	สถานภาพสมรส	สัญชาติ
	การรับราชการทหาร	ศาสนา
อาชีพปัจจุบัน เหตุผลที่ (อยาก) ออกจากงาน.....		

2. ข้อมูลการศึกษาและฝึกอบรม

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

หลักสูตรเพิ่มเติม

การฝึกอบรม

--	--

3.ข้อมูลการทำงานและประสบการณ์ทำงาน (โปรดให้รายละเอียดของงานที่ทำในช่วง 3 ปีหลัง

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

โปรดระบุความสำเร็จของงานที่ทำผ่านมาในช่วง 3 ปีหลัง (ถ้ามี)

--

โปรดให้ความเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับ และอธิบายว่าประสบการณ์นั้นๆ เป็นประโยชน์ต่องานที่สมัครในครั้งนี้ อย่างไรบ้าง

--

4.ข้อมูลความรู้ความสามารถพิเศษ (ถ้ามี)

--

5.บุคคลอ้างอิง (ขอให้ระบุชื่อบุคคลที่คุ้นเคยกับการทำงานเช่น ผู้บังคับบัญชาโดยตรง โปรดอย่าระบุชื่อบุคคลที่เป็นญาติหรือเพื่อน)

6. ข้าพเจ้าขอรับรองข้อความที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความตอนใดเป็นความเท็จไม่ตรงกับความจริง ให้ถือเป็นหลักฐานเพื่อเลิกจ้างข้าพเจ้าได้ทันที

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ยื่นใบสมัคร วันที่เดือน.....พ.ศ.....