



ใบสมัครงาน

กองการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช

9 หมู่ 1 ตำบลบ้านคลอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000

โทร. 055-245070 ต่อ 73042 (กองการพยาบาล) หรือ 73035 (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ)

รูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

**** โปรดอ่านข้อความโดยละเอียด ก่อนเขียนข้อความในใบสมัคร และเขียนด้วยตัวบรรจง ****

หากข้อความในใบสมัครไม่เป็นความจริง ทาง รพ.ค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช จะถือว่าเป็นหลักฐานในการพิจารณาเลิกจ้าง โดยไม่จ่ายค่าตอบแทนใดๆ

1. ตำแหน่งที่ต้องการสมัคร	
<input type="checkbox"/> พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/> พนักงานช่วยการพยาบาล
<input type="checkbox"/> นายสิบพยาบาล	<input type="checkbox"/> พนักงานทำความสะอาด (แม่บ้าน)
<input type="checkbox"/> ผู้ช่วยพยาบาล	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
2. ประวัติส่วนบุคคล	
ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)	นามสกุล.....
NAME.....	SURNAME.....
ว/ด/ป เกิด.....ปัจจุบันอายุ.....ปี	สัญชาติ..... เชื้อชาติ..... ศาสนา.....
น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง..... ซม. หมู่เลือด.....	โรคประจำตัว.....
เลขบัตรประชาชน <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ออกให้ ณ.....วันหมดอายุ.....
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
สถานภาพทางการทหาร <input type="checkbox"/> ผ่านการเกณฑ์ทหาร <input type="checkbox"/> ยังไม่เกณฑ์ (กำหนดการเกณฑ์เมื่อ.....) <input type="checkbox"/> ได้รับการยกเว้น เพราะ.....	
เบอร์โทรศัพท์.....	ID LINE.....
Facebook.....	E-Mail.....
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ภูมิลำเนา.....	
ชื่อ-สกุลบิดา.....	<input type="checkbox"/> ยังมีชีวิตอยู่ <input type="checkbox"/> เสียชีวิตแล้ว
ชื่อ-สกุลมารดา.....	<input type="checkbox"/> ยังมีชีวิตอยู่ <input type="checkbox"/> เสียชีวิตแล้ว
สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่าร้าง	ชื่อบุคคลที่ติดต่อได้
ชื่อ-สกุล (คู่สมรส)	(1).....เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์.....
จำนวนบุตร.....คน	(2).....เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์.....
3. ประวัติการศึกษา	
1) คุณวุฒิ.....สาขา.....เกรดเฉลี่ย.....	สถานศึกษา.....ปีที่จบการศึกษา.....
2) คุณวุฒิ.....สาขา.....เกรดเฉลี่ย.....	สถานศึกษา.....ปีที่จบการศึกษา.....
3) คุณวุฒิ.....สาขา.....เกรดเฉลี่ย.....	สถานศึกษา.....ปีที่จบการศึกษา.....
คุณวุฒิที่ใช้ในการสมัครงาน	
1) คุณวุฒิ.....สาขา.....เกรดเฉลี่ย.....	สถานศึกษา.....ปีที่จบการศึกษา.....

(มีต่อหน้าหลัง)

4. ประวัติการทำงาน

ลำดับ	สถานที่ทำงาน/ โทรศัพท์	ตำแหน่ง	เงินเดือน (บาท)	ช่วงระยะเวลาที่ทำงาน (เริ่มต้นทำงาน-สิ้นสุดการทำงาน)	อายุ งาน (ปี)	สาเหตุที่ออก

5. ความสามารถพิเศษ

1. ความสามารถด้านการใช้งานคอมพิวเตอร์

ไม่ได้ ได้ (โปรดระบุ)

○ WORD ○ Excel ○ Power Point ○ Photoshop ○ อื่นๆ

2. ความสามารถด้านการใช้ภาษาอังกฤษ

ไม่ได้ ได้ (โปรดระบุ)

○ Excellent ○ Good ○ Fair ○ Communicable

3. ความสามารถด้านการใช้ภาษาอื่นๆ (ระบุ)

4. อื่นๆ (ระบุ)

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่สมัคร.....

6. เอกสารประกอบการสมัครอย่างละ 2 ฉบับ

รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว

สำเนาใบปริญญาบัตร / ประกาศนียบัตร หรือหนังสือรับรองจากผู้มีอำนาจว่าเป็นผู้สำเร็จการศึกษาแล้ว

สำเนาใบรับรองผลการศึกษาที่สำเร็จการศึกษา (Transcript)

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

สำเนาหลักฐานการผ่านการเกณฑ์ทหาร (เพศชาย)

สำเนาหลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น ใบสำคัญเปลี่ยนชื่อ-สกุล, ทะเบียนสมรส, ทะเบียนหย่า

สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (เฉพาะตำแหน่ง)

สำเนาหนังสือรับรองการทำงาน (กรณีมีประสบการณ์จากหน่วยงานอื่น)

ใบรับรองแพทย์ (ประเภทสมัครงาน)

ผลการตรวจเลือด : Blood Group, HBs-Ag, HBs-Ab, Anti-HIV, Varicella, HCV Ab

ผลการตรวจปัสสาวะ : Urine Pregnancy Test, Urine Amphetamine

ผล Chest X-Ray

หมายเหตุ :

ผู้สมัคร ต้องยื่นเอกสารประกอบการสมัครให้ครบถ้วน ภายในเวลา 5 วันทำการ (กรณีเอกสารไม่ครบภายในเวลาที่กำหนด จะถูกเลื่อนลำดับการพิจารณาในขั้นต่อไป)

ลงชื่อ

(.....)

เจ้าหน้าที่ธุรการ

วันที่รับสมัคร.....