

บัตรประจำตัวผู้สมัครพนักงานกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์  
 เลขประจำตัวผู้สมัคร.....  
 ตำแหน่ง.....  
 นาย.....  
 ชื่อ นาง.....  
 นางสาว.....  
 นามสกุล.....

ติดรูปถ่าย  
 ขนาด  
 ๑.๕ x ๒ นิ้ว  
 (ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี

.....  
 (.....)  
 เจ้าหน้าที่ออกบัตร  
 ลายชื่อผู้สมัคร

๑ .ต้องแสดงบัตรประจำตัวผู้สมัครนี้ คู่กับ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตร  
ประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้ ทุกครั้งที่เข้าสอบข้อเขียน สอบสัมภาษณ์  
 และมารับการจ้างหากไม่มีทั้งสองบัตรแสดงคู่กัน อาจไม่ได้รับอนุญาตให้เข้า  
 รับการประเมินสมรรถนะ

๒ .ผู้กระทำการทุจริตในการประเมินสมรรถนะจะถูกลงโทษปรับให้ตกทุกวิชา  
 และเป็นผู้ขาดคุณสมบัติที่จะจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป

บัตรประจำตัวผู้สมัครพนักงานกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์  
 เลขประจำตัวผู้สมัคร.....  
 ตำแหน่ง.....  
 นาย.....  
 ชื่อ นาง.....  
 นางสาว.....  
 นามสกุล.....

ติดรูปถ่าย  
 ขนาด  
 ๑.๕ x ๒ นิ้ว  
 (ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี

.....  
 (.....)  
 เจ้าหน้าที่ออกบัตร  
 ลายชื่อผู้สมัคร

๑ .ต้องแสดงบัตรประจำตัวผู้สมัครนี้ คู่กับ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตร  
ประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้ ทุกครั้งที่เข้าสอบข้อเขียน สอบสัมภาษณ์  
 และมารับการจ้างหากไม่มีทั้งสองบัตรแสดงคู่กัน อาจไม่ได้รับอนุญาตให้เข้า  
 รับการประเมินสมรรถนะ

๒ .ผู้กระทำการทุจริตในการประเมินสมรรถนะจะถูกลงโทษปรับให้ตกทุกวิชา  
 และเป็นผู้ขาดคุณสมบัติที่จะจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป



ใบสมัครเลขที่ .....

## ใบสมัครพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป

ติดรูปถ่าย  
ขนาด  
๑.๕ x ๒ นิ้ว  
(ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี)

ชื่อและนามสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....	สมัครตำแหน่ง .....	
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้..... .....	วัน/เดือน/ปีเกิด .....	อายุ .....
หมายเลขโทรศัพท์..... e-mail Address .....	สถานที่เกิด .....	เชื้อชาติ .....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ออกให้ที่อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....	สถานภาพสมรส .....	สัญชาติ .....
วันเดือนปีที่ออกบัตร..... วันเดือนปีที่บัตรหมดอายุ.....	การรับราชการทหาร .....	ศาสนา .....
วุฒิการศึกษาตรงตามตำแหน่งที่สมัคร คือ ได้รับปริญญา/ประกาศนียบัตร..... สาขาวิชา.....ทาง..... โดยได้รับอนุมัติจากสถานศึกษาชื่อ..... เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... ได้คะแนนเฉลี่ยสะสม.....		
ใบประกอบวิชาชีพ/ใบประกอบโรคศิลปะ..... ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... วันหมดอายุ วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....		
อาชีพปัจจุบัน..... เหตุผลที่ (อยาก) ออกจากงาน .....		

## ข้อมูลการศึกษาและฝึกอบรม

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

ข้อมูลการทำงานและประสบการณ์ทำงาน (โปรดให้รายละเอียดของงานที่ทำในช่วง ๕ ปีหลัง)

ปี พ.ศ.		ชื่อและที่อยู่ของ หน่วยงาน	ตำแหน่งงานและหน้าที่โดยย่อ	เงินเดือน	สาเหตุที่ออกจากงาน
จาก	ถึง				

โปรดระบุความสำเร็จของงานที่ทำผ่านมาในช่วง ๕ ปีหลัง (ถ้ามี)

โปรดให้ความเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับ และอธิบายว่าประสบการณ์นั้น ๆ เป็นประโยชน์ต่องานที่สมัครในครั้งนี้อย่างไรบ้าง

ข้อมูลความรู้ความสามารถพิเศษ (ถ้ามี)

บุคคลอ้างอิง (ขอให้ระบุชื่อบุคคลที่คุ้นเคยกับการทำงานของท่าน เช่น ผู้บังคับบัญชาโดยตรง โปรดอย่าระบุชื่อบุคคลที่เป็นญาติหรือเพื่อน)

ชื่อและนามสกุล	ตำแหน่งปัจจุบัน	ที่ทำงานปัจจุบันและโทรศัพท์	ระบุความสัมพันธ์กับท่าน

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในประกาศรับสมัครของกรมการแพทย์ เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อเลือกสรร เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป ลงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความตอนใดเป็นความเท็จหรือไม่ตรงกับความจริง ให้ถือเป็นหลักฐานเพื่อเลิกจ้างข้าพเจ้าได้ทันที

ลงชื่อ .....ผู้สมัคร

(.....)

ยื่นใบสมัครวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....