

บริษัท มหานคร เมดิคัล เซ็นเตอร์ จำกัด

272 ถนนสุขสวัสดิ์ แขวงบางปะกอก เขตราชบุรีบูรณะ กทม. 10140 โทร 0-2874-6766-70 โทรสาร 0-2427-4070

ที่เริ่มงาน.....
รหัสพนักงาน ID.....
ตำแหน่ง.....แผนก.....

วัน/เดือน/ปีที่สมัครงาน.....ตำแหน่งที่สมัคร..... เงินเดือนที่ต้องการ.....

ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย)..... ชื่อเล่น.....

ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ).....

วันเดือนปีเกิด..... อายุ.....ปี สถานที่เกิด (ระบุจังหวัด).....

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา..... น้ำหนัก.....ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม. BMI.....

บัตรประชาชนเลขที่..... ออกให้ ณ อำเภอ..... จังหวัด.....

ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์.....

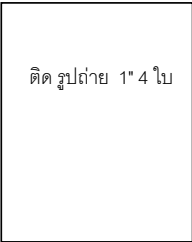
ID : Line Facebook.....

เป็น หอพัก บ้านเช่า บ้านของตนเอง บ้านญาติ บ้านบิดามารดา อื่น ๆ ระบุ

ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียน.....

เลขที่บัตรประกันสังคม.....

สถานภาพทางทหาร ยังไม่ได้เกณฑ์ ปลดประจำการเมื่อ พ.ศ. ได้รับการยกเว้นเพราะ



ชื่อ - สกุล บิดา.....อายุ.....ปี อาชีพ.....ทำงานที่..... ยังมีชีวิต ถึงแก่กรรม

ชื่อ - สกุล มารดา.....อายุ.....ปี อาชีพ.....ทำงานที่..... ยังมีชีวิต ถึงแก่กรรม

ท่านมีพี่น้องทั้งหมด (รวมตัวท่าน)..... ท่านเป็นบุตรคนที่.....

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล	อายุ	อาชีพ	สถานที่ทำงาน	โทรศัพท์
1					
2					
3					
4					
5					
6					

สถานภาพ โสด สมรส หย่า หม้าย แยกกันอยู่

สามี/ภรรยา ชื่อ.....นามสกุล.....อาชีพ.....บุตร.....คน

มีโรคประจำตัว มี..... ไม่มี

ประวัติการศึกษา

ระดับ	ชื่อสถานศึกษา	วุฒิที่ได้รับ	สาขา / วิชาเอก	ระยะเวลาที่ศึกษา	
				เริ่มปี	สำเร็จปี
ประถมศึกษา					
มัธยมต้น					
มัธยมปลาย					
อาชีวศึกษา					
มหาวิทยาลัย					
อื่น ๆ					

งานอดิเรก / กีฬา

ความสามารถพิเศษ

ความสามารถในการขับรถยนต์ / ขับขี่รถจักรยานยนต์ ไม่ได้ ได้ ใบขับขี่เลขที่

ความสามารถทางด้านภาษา ให้ระบุว่า ดีมาก ดี พอใช้				พิมพ์ดีด ภาษาไทย.....คำ/นาที ภาษาอังกฤษ.....คำ/นาที				
ภาษา	พูด	อ่าน	เขียน	COMPUTER	ดี	พอใช้	เล็กน้อย	ไม่มีความรู้
อังกฤษ				EXCEL				
				WORD				
อื่น ๆ				อื่น ๆ				

ประสบการณ์ในการทำงาน (เริ่มจากปัจจุบันขึ้นก่อน)

ระยะเวลาการทำงาน		ระบุผู้ว่าจ้าง / สถานที่ทำงาน	ตำแหน่งหน้าที่	เงินเดือน	สาเหตุที่ออก
เริ่ม	ถึง				

การฝึกอบรม

วัน	เดือน	ปี	หลักสูตร	สถาบัน	ระยะเวลา

ในกรณีเร่งด่วนสามารถติดต่อ มีความสัมพันธ์กับท่านเป็น

สถานที่ติดต่อ โทรศัพท์

ท่านทราบข่าวสารการสมัครงานจากที่ใด ผู้แนะนำให้มาสมัครชื่อ

ท่านเคยทำงานกับโรงพยาบาลสุขสวัสดิ์ มาก่อนหรือไม่ ไม่เคย เคย เหตุที่ออก

ท่านมีญาติหรือคนรู้จักที่ทำงานกับโรงพยาบาลสุขสวัสดิ์ หรือไม่ ถ้ามีโปรดระบุชื่อ หน่วยงาน

ท่านเคยตกเป็นผู้ต้องหาคดีหรือ ไม่เคย เคย สาเหตุ

ท่านสูบบุหรี่และดื่มสุรา ไม่เคย เคย สาเหตุ

ประวัติการใช้สารเสพติด ไม่เคย เคย สาเหตุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่กรอกในใบสมัครนี้ เป็นความจริงทุกประการ และยินดีให้โรงพยาบาลสุขสวัสดิ์ ตรวจสอบประวัติและความประพฤติ

ข้าพเจ้าได้ทุกเมื่อ หากพบว่าข้อความใดเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้บอกเลิกการว่าจ้างข้าพเจ้าได้ทันที โดยไม่ต้องบอกกล่าวล่วงหน้า และไม่ต้องจ่ายเงิน

ชดเชยใด ๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ ผู้สมัคร

วันที่ / /

สำหรับเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคล

หลักฐานการสมัครงาน

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> รูปถ่ายขนาด 1" จำนวน 4 ใบ | <input type="checkbox"/> สำเนาวุฒิการศึกษา |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน | <input type="checkbox"/> ใบผ่านงาน |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน | |
| <input type="checkbox"/> อื่น | |

ผลการพิจารณาใบสมัคร

- | |
|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> คัดออก |
| <input type="checkbox"/> เชิญสัมภาษณ์ |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ |

ลงชื่อ ฝ่ายบุคคล

แผนที่บ้าน / ที่พักปัจจุบัน (เพื่อแนบในใบสมัคร)

ชื่อ - สกุล..... วัน / เดือน / ปี เกิด.....

อายุ.....ปี

สมัครตำแหน่ง.....

ภูมิลำเนาเดิม อำเภอ.....

จังหวัด.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

ซอย.....

ถนน.....

แขวง / ตำบล.....

เขต / อำเภอ.....

จังหวัด.....

รหัส.....

โทรศัพท์.....

เพศ

ชาย

หญิง

แผนที่บ้าน / บ้านพักปัจจุบัน

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร