



ใบสมัครใบสมัครบริหารสรรหาและเลือกสรรบุคคล
เพื่อเป็นพนักงานจ้างของทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดชลบุรี

□□ - □□□□

เลขประจำตัวผู้สมัคร

ติดรูปถ่าย
ขนาด
๑ นิ้ว

เรียน นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

ด้วยข้าพเจ้าประสงค์จะสมัครเข้ารับการสรรหาและเลือกสรรเป็นพนักงานจ้างของทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
จังหวัดชลบุรี ตำแหน่ง ผู้ช่วยนักวิชาการสาธารณสุข จึงขอแจ้งรายละเอียดของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการพิจารณา
ดังต่อไปนี้

๑. ข้อมูลส่วนตัว

คำนำหน้า.....ชื่อ.....สกุล.....
วัน/เดือน/ปี เกิด.....เลขประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี
วัน/เดือน/ปี ที่ออกบัตร.....วัน/เดือน/ปี หมดอายุ.....
สถานที่ออกบัตร.....สถานภาพ (โสด/สมรส/หย่าร้าง).....
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....เบอร์โทรศัพท์/มือถือ.....
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
บุคคลที่สามารถติดต่อได้ชื่อ-สกุล.....ความเกี่ยวข้อง.....โทรศัพท์.....

2. ข้อมูลการศึกษา

วุฒิการศึกษาที่ตรงตามตำแหน่งที่สมัคร คือ ระดับการศึกษา/คุณวุฒิ.....
สาขา/วิชาเอก.....โดยได้รับการอนุมัติจากสถานศึกษา.....
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. คณะแผนกเฉลี่ยสะสม.....

3. ข้อมูลการทำงานและประสบการณ์การทำงาน (ถ้ามี)

ชื่อหน่วยงาน/บริษัท.....ตั้งแต่ วัน/เดือน/ปี.....
ถึง วัน/เดือน/ปี.....สาเหตุที่ลาออกจากงาน.....

4. ความรู้ความสามารถพิเศษ

5. ได้แนบหลักฐานต่างๆ ซึ่งได้ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องแล้วมาพร้อมกับใบสมัครรวม

- () สำเนาวุฒิการศึกษาหรือหนังสือรับรอง และระเบียบแสดงผลการเรียน
- () สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- () สำเนาหลักฐานเกี่ยวกับการเกณฑ์ทหาร (ส.ต.๙) (ถ้ามี)
- () รูปถ่าย ๑ นิ้ว ๓ รูป
- () สำเนาหลักฐานอื่นๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ทะเบียนสมรส (ระบุ).....

/ ข้าพเจ้า...

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าจะเป็นผู้รับผิดชอบ ในการตรวจสอบคุณสมบัติของตนเองให้ตรงตามที่เปิดรับสมัคร และหากข้าพเจ้าไม่มีคุณสมบัติหรือเขียนข้อความอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดชลบุรี ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติในการเข้ารับสมัคร สรรหาฯ และไม่มีสิทธิได้รับการบรรจุแต่งตั้งเป็นพนักงานจ้างกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดชลบุรี

ลงลายมือชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

เฉพาะเจ้าหน้าที่

() หลักฐานครบถ้วน

ได้รับเงินค่าธรรมเนียมสอบจำนวน.....บาท

() มีปัญหา คือ

ไว้แล้ว ตามใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงลายมือชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับสมัคร

ลงลายมือชื่อผู้รับเงิน

(.....)

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

วันที่..... เดือน พ.ศ.

() ได้กำหนดเลขประจำตัวสอบ และออกบัตรประจำตัวผู้สมัครแล้ว

ลงลายมือชื่อ เจ้าหน้าที่ออกบัตร

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.