

ใบสมัครบุคคลภายนอกช่วยปฏิบัติราชการสังกัดสำนักอนามัย

รูป 1 นิ้ว

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
๒. สัญชาติ.....ศาสนา.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
๓. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
.....
๔. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....
.....โทรศัพท์.....
๕. ชื่อภรรยา/สามี (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....สัญชาติ.....
ศาสนา.....อาชีพ.....
๖. ชื่อบิดา.....สัญชาติ.....ศาสนา.....อาชีพ.....
ชื่อมารดา.....สัญชาติ.....ศาสนา.....อาชีพ.....
๗. จบการศึกษาสูงสุดระดับ.....สาขา.....
โรงเรียน/วิทยาลัย/มหาวิทยาลัย.....
๘. ความรู้พิเศษในการปฏิบัติงานด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ ระบบ.....
เพียงใด.....
๙. รู้ภาษาต่างประเทศ ได้แก่.....เพียงใด.....
๑๐. ประสบการณ์ทำงาน.....
๑๑. เคยรับราชการเป็นข้าราชการ/ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท/หรืออื่น ๆ.....
ตำแหน่ง.....สังกัด.....
ออกจากราชการ/งาน/เพราะเหตุใด.....
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
๑๒. ขณะนี้มีอาชีพ/ทำงาน.....
สังกัด.....
๑๓. ขอสมัครบุคคลภายนอกช่วยปฏิบัติราชการสังกัดสำนักอนามัย ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เฉพาะเจ้าหน้าที่

- ได้ตรวจสอบหลักฐานต่าง ๆ ของผู้สมัครรายนี้แล้วปรากฏว่า
- () มีคุณสมบัติครบถ้วน
- () ขาดคุณสมบัติ.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจหลักฐาน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....