



ใบสมัครงาน

บริษัท เอ็นบีดี เฮลท์แคร์ จำกัด

รหัสพนักงาน _____

ตำแหน่งที่ต้องการสมัคร 1.....วันที่.....

2.....เงินเดือนที่ต้องการ.....

ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย):	ว/ด/ป เกิด	อายุ	ราศี	น้ำหนัก	ส่วนสูง	เพศ	ศาสนา
ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ):							

ชื่อเล่น : เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน : ออกให้ ณ อำเภอ.....

วันออกบัตร : บัตรหมดอายุ : ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ :

E-mail : Facebook : โทรศัพท์มือถือ.....

สถานภาพครอบครัว : โสด สมรส หม้าย/หย่า อื่นๆ

กรณีสมรส โปรดระบุการจดทะเบียนสมรส : จดทะเบียนสมรส ไม่ได้จดทะเบียนสมรส

จำนวนบุตร (ถ้ามี):

สถานภาพทางทหาร : ได้รับการยกเว้น ผ่านการเกณฑ์ทหารแล้ว ยังไม่ผ่านการเกณฑ์ทหาร

ถ้าได้รับการยกเว้น โปรดให้เหตุผล : เรียน จบ. ร.ด. จับได้ใบดำ อื่นๆ (ระบุ).....

ชื่อบิดา : อายุ.....ปี อาชีพ..... มีชีวิต ถึงแก่กรรม

ชื่อมารดา : อายุ.....ปี อาชีพ..... มีชีวิต ถึงแก่กรรม

จำนวนพี่น้องทั้ง.....คน (รวมตัวท่านด้วย) ท่านเป็นคนที่.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีเร่งด่วน ชื่อ - สกุล : ความสัมพันธ์.....

ที่อยู่/ ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ.....

ประวัติการศึกษา

ระดับการศึกษา	สถาบันศึกษา	วุฒิ	สาขา	ปีที่จบ	เกรดเฉลี่ย
ประถมศึกษา					
มัธยมศึกษาตอนต้น					
มัธยมศึกษาตอนปลาย /ปวช.					
อนุปริญญา / ปวส.					
ปริญญาตรี					
ปริญญาโท					
อื่นๆ					

ความรู้ด้านภาษา / คอมพิวเตอร์ (ดีมาก= 4 ,ดี = 3,พอใช้ = 2,เล็กน้อย = 1)

ภาษา	การพูด	การอ่าน	การเขียน
ภาษาไทย			
ภาษาอังกฤษ			
ภาษาจีนกลาง			
อื่นๆ			

พิมพ์ดีดไทย : _____ คำ / นาที

พิมพ์ดีดอังกฤษ : _____ คำ / นาที

คอมพิวเตอร์โปรแกรม : _____

หลักสูตร / หัวข้อการฝึกอบรม	ชื่อสถาบันที่ฝึกอบรม / สัมมนา	ระยะเวลาการฝึกอบรม	ช่วงเวลาที่เข้าอบรม	
			เดือนปีที่เข้า	เดือนปีที่สำเร็จ

ความสามารถในการขับขี่

ประเภท	สามารถขับ /ขี่		พาหนะส่วนตัว		ใบอนุญาตขับขี่	
รถยนต์	<input type="checkbox"/> ไม่ได้	<input type="checkbox"/> ได้	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
รถจักรยานยนต์	<input type="checkbox"/> ไม่ได้	<input type="checkbox"/> ได้	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี

ประวัติการทำงาน

ประสบการณ์การทำงาน :	<input type="checkbox"/> ไม่เคยมี	<input type="checkbox"/> มี
งานที่ทำอยู่ปัจจุบัน :	<input type="checkbox"/> รองาน /ว่างงาน	<input type="checkbox"/> มีงานทำ

ชื่อสถานประกอบการ	ตำแหน่ง	ระยะเวลา		ข้อมูลรายได้	
		ตั้งแต่	จนถึง	เงินเดือน	รายได้อื่นๆ
1.					
สาเหตุที่ลาออก :					
2.					
สาเหตุที่ลาออก :					
3.					
สาเหตุที่ลาออก :					
4.					
สาเหตุที่ลาออก :					

ข้อมูลทั่วไป

1. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ.....
2. ท่านเคยป่วยหรือประสบอุบัติเหตุขั้นร้ายแรงหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> โปรดระบุ.....
3. ท่านเคยถูกภาคทัณฑ์ / ดำเนินการสอบสวนลงโทษ ในเรื่องการประพฤติมิชอบการทุจริตหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มีโปรดระบุ.....
4. ท่านเคยต้องโทษคดีอาญาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคยโปรดระบุ
5. ท่านเคยถูกเลิกจ้างจากบริษัทใดมาก่อนหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคยโปรดระบุ.....
6. ท่านเคยสมัครงาน หรือ เคยร่วมงานกับบริษัทฯมาก่อนหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคยโปรดระบุ.....
7. ท่านมีญาติหรือคนรู้จักทำงานอยู่ในบริษัทฯหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มีชื่อ.....ความสัมพันธ์.....
8. ในตำแหน่งที่ต้องมีบุคคลค้ำประกันท่านสามารถหาได้หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ได้	<input type="checkbox"/> ได้
9. ท่านสามารถปฏิบัติงานต่างจังหวัดได้หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ได้	<input type="checkbox"/> ได้ <input type="checkbox"/> ได้ เป็นครั้งคราว
10. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่สูบ	<input type="checkbox"/> สูบ ปริมาณ.....มวน/วัน
11. ท่านดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม	<input type="checkbox"/> ดื่มเป็นประจำ <input type="checkbox"/> ดื่มเป็นครั้งคราว

ท่านพร้อมที่ปฏิบัติงานกับบริษัท ได้ในวันที่: _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ หากข้อความตอนหนึ่งตอนใดไม่ตรงกับความ
เป็นจริงข้าพเจ้าขอยอมรับว่าการว่าจ้างที่ตกลงนั้นเป็นโมฆะทันที

ลงชื่อผู้สมัคร.....

()

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทเป็นผู้กรอก

ผู้สัมภาษณ์: _____ วันที่สัมภาษณ์: _____

ผลการสัมภาษณ์: _____ ตำแหน่งงานที่บรรจุ: _____

วันที่เริ่มจ้างงาน: _____ บังคับบัญชาโดย: _____

อัตราเงินเดือน: _____ เงื่อนไขอื่นๆ: _____

กำหนดระยะเวลาการทดลองงาน: _____

ลายมือชื่อผู้สัมภาษณ์: _____ อนุมัติโดย: _____

หมายเหตุ: _____

ผู้มีอำนาจอนุมัติ: _____ วันที่ : _____