

ใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นแพทย์พี่เลี้ยงแผนกศัลยกรรม

โรงพยาบาลกลาง สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

รูปถ่ายผู้สมัคร

ขนาด 2 นิ้ว

ขาวดำหรือสี

แต่งกายสุภาพ

ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร นาย/นาง/น.ส./อื่นๆ

วันเดือนปีเกิด.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ออกให้ ณ วันที่

สถานภาพการสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า

จำนวนบุตร ☐ ไม่มี ☐ 1 คน ☐ 2 คน ☐ > 2 คน

ที่อยู่ปัจจุบัน

เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

ID Line.....

คุณวุฒิทางการศึกษา ชื่อสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต

.....ปี พ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา.....เกรดเฉลี่ย.....

สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....

อายุการทำงาน.....ปี

ประสบการณ์การทำงาน (ย้อนหลัง 3 ปี)

พ.ศ.2563.....

พ.ศ.2564.....

พ.ศ.2565.....

ความพร้อมทางเศรษฐกิจ

1. ที่พักอาศัยของตนเอง ☐ ไม่มี ☐ มี อยู่ที่.....

2. รถยนต์ส่วนตัว ☐ ไม่มี ☐ มี

3.รายได้เฉลี่ยต่อเดือนก่อนสมัครแพทย์พี่เลี้ยงแผนกศัลยกรรม

☐ <20,000 บาท

☐ 20,000-40,000 บาท

☐ >40,000 บาท

รายชื่อผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัคร

(ผู้บังคับบัญชาหรือผู้ที่เคยปฏิบัติงานใกล้ชิดอย่างน้อย 2 คน ตรงกับหลักฐานที่ส่งพร้อมใบสมัคร)

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่-โทรศัพท์
1.		
2.		

ความพร้อมในการเป็นแพทย์พี่เลี้ยงแผนกศัลยกรรม

1. สาเหตุที่สนใจสมัครเป็นแพทย์พี่เลี้ยงแผนกศัลยกรรม

.....

2. สาเหตุที่สนใจมาเป็นแพทย์พี่เลี้ยงแผนกศัลยกรรมที่โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร

.....

3. ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับการทำงานในฐานะแพทย์พี่เลี้ยงแผนกศัลยกรรมของโรงพยาบาลกลาง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

()

วันที่.....เดือน.....ปี.....