

ใบสมัครงาน

ใบสมัครเป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณา โปรดกรอกข้อความให้ครบถ้วนและเป็นจริงทุกประการ วันที่...../...../..... สมัครงานตำแหน่ง..... เงินเดือนที่คาดหวัง..... ชื่อ นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล..... วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ..... น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....เกิดที่จังหวัด..... เลขที่บัตรประชาชน.....สถานที่ออกบัตรประชาชน..... วันออกบัตร.....บัตรหมดอายุ..... ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... เบอร์บ้าน.....เบอร์มือถือ.....อีเมลล์..... บิดาชื่อ.....อายุ.....ปี อาชีพ.....ที่อยู่..... มารดาชื่อ.....อายุ.....ปี อาชีพ.....ที่อยู่..... จำนวนพี่น้อง.....คน พี่ชาย.....คน พี่สาว.....คน น้องชาย.....คน น้องสาว.....คน เป็นลูกคนที่..... สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ จำนวนบุตร.....คน ชาย.....คน หญิง.....คน ชื่อ-สกุล คู่สมรส.....อาชีพ.....อายุ..... สถานที่ทำงาน.....โทร..... สถานะทางทหาร <input type="radio"/> ได้รับการยกเว้น <input type="radio"/> ผ่านการเกณฑ์ทหาร <input type="radio"/> ศึกษาวิชาทหาร <input type="radio"/> อื่นๆ.....	รูปถ่าย 2 รูป
---	------------------

ประวัติการศึกษา

ระดับ	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จ	วุฒิ การศึกษา	สาขาวิชา					
ประถมศึกษา									
มัธยมศึกษา									
ปวช , ปวส									
มหาวิทยาลัย									
ภาษาต่างประเทศ	เขียน			อ่าน			พูด		
	ดี	พอใช้	ไม่ได้	ดี	พอใช้	ไม่ได้	ดี	พอใช้	ไม่ได้
อังกฤษ									
จีน									
อื่นๆ.....									

คอมพิวเตอร์ : ไม่ได้ ได้ ระบุโปรแกรม.....
 พิมพ์ดีด : ไม่ได้ ได้ ไทย คำ/นาที อังกฤษ..... คำ/นาที

ประวัติการทำงาน

สถานที่ทำงาน	ระยะเวลา		ตำแหน่งงาน	ลักษณะงาน	ค่าจ้าง	เหตุที่ออก
	เริ่ม	ถึง				

ความสามารถพิเศษอื่นๆ.....

ท่านสามารถขับขีรถจักรยานยนต์ ได้ ไม่ได้ ท่านมีใบอนุญาตขับขี่หรือไม่

ท่านสามารถขับขีรถยนต์ ได้ ไม่ได้ ท่านมีใบอนุญาตขับขี่หรือไม่

ท่านเคยป่วยเป็นโรคร้ายแรงหรือไม่.....ถ้าเคย ระบุชื่อ (โรคหรือโรคประจำตัว).....

กรณีเร่งด่วนหรือฉุกเฉินบุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ.....ความสัมพันธ์.....

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

ถ้ามีตำแหน่งให้ท่าน ท่านพร้อมปฏิบัติงานได้ในวันที่.....

ตำแหน่งอื่นๆที่คิดว่าตนเองเหมาะสม.....

สาเหตุที่อยากทำงานกับบริษัทนี้เพราะ.....

ทราบข่าวการสมัครงานจาก.....

หลักฐานแนบใบสมัคร

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> สำเนาบัตรประชาชน | <input type="radio"/> ใบผ่านงาน |
| <input type="radio"/> สำเนาทะเบียนบ้าน | <input type="radio"/> หลักฐานทางทหาร |
| <input type="radio"/> รูปถ่าย 2 ใบ | <input type="radio"/> ใบอนุญาตขับขี่รถ |
| <input type="radio"/> หลักฐานการศึกษา | <input type="radio"/> หลักฐานอื่นๆ/บันทึกประวัติการเจ็บป่วย/สุขภาพก่อนทำงาน |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ได้กรอกในใบสมัครหรือเอกสารอื่นๆเป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏข้อความใดเป็นเท็จ ข้าพเจ้า ยินดีให้บริษัทพิจารณาเลิกจ้างข้าพเจ้าทันทีและถ้าบริษัทได้รับความเสียหายด้วยประการใดๆในกรณีนี้ ข้าพเจ้ายินดีชดเชยค่าเสียหาย

หมายเหตุ *กฎเกณฑ์การยอมรับของพนักงานของบริษัทฯ*

- 1.ต้องทดลองงานอย่างน้อย 4 เดือน ถ้าไม่ผ่านงานทางบริษัทมีสิทธิ์ให้ออกจากงาน
- 2.ทำงานไม่ถึงวัด(ช่วงครึ่งเดือนของการออกเงินค่าแรง) ทางบริษัทฯจะไม่จ่ายค่าแรงให้ถือว่าทำงานไม่รับผิดชอบ
- 3.การลาออกต้องแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือนหรือเคลียร์งานในหน้าที่ให้เรียบร้อยก่อน กรณีที่งานทางบริษัทขอพิจารณาการจ่ายค่าแรงหรือลงประวัติพนักงานที่ไม่ควรรับมาทำงานอีกต่อไป

ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

ผู้สมัคร

ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

ผู้อนุมัติ

ประวัติการเจ็บป่วย/สุขภาพของพนักงานใหม่

(พนักงานใหม่ต้องตรวจสอบสุขภาพพร้อมใบรับรองแพทย์ภายใน 30 วัน นับจากเริ่มทำงานวันแรก)

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....น้ำหนัก.....ส่วนสูง.....

(สำหรับข้อมูลในการบันทึกประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเป็นข้อเท็จจริงและยินดีปฏิบัติตามระเบียบของบริษัทฯ)

1. เคยป่วยเป็นโรคหรือมีการบาดเจ็บ

1.1.....เมื่อปี พ.ศ.

1.2.....เมื่อปี พ.ศ.

1.3.....เมื่อปี พ.ศ.

2. มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังหรือไม่

ไม่มี มี ระบุ.....

3. เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่

ไม่เคย เคย ระบุ.....

4. เคยได้รับภูมิคุ้มกัน โรคกรณีเกิดโรคระบาด หรือเพื่อป้องกันโรคติดต่อหรือไม่

ไม่เคย เคย ระบุ.....

5. ประวัติ การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว (เช่น มะเร็ง โลหิตจาง วัณโรค เบาหวาน หอบหืด ภูมิแพ้ เป็นต้น)

ไม่มี มี ระบุความสัมพันธ์และโรค

5.1ความสัมพันธ์.....โรค.....

5.2ความสัมพันธ์.....โรค.....

5.3ความสัมพันธ์.....โรค.....

6. ปัจจุบันมียาที่จำเป็นต้องรับประทานเป็นประจำหรือไม่

ไม่มี มี ระบุ.....

7. มีประวัติการแพ้ยาหรือไม่

ไม่มี มี ระบุ.....

8. เคยสูบบุหรี่บ้างหรือไม่

ไม่เคย

เคยและปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ปริมาณ.....มวน/วัน

เคยแต่เลิกแล้ว ระยะเวลาที่เคยสูบนาน.....ปี.....เดือน

ปริมาณขณะก่อนเลิก.....มวน/วัน

9. เคยดื่มสุรา เบียร์ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ้างหรือไม่

ไม่เคย

โดยปกติดื่มน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์

ดื่ม 1 ครั้งต่อสัปดาห์

ดื่ม 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์

ดื่มมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

เคยแต่เลิกแล้วระยะเวลาที่ดื่มมานาน.....ปี.....เดือน

10. เคยเสพยาเสพติดหรือสารเสพติดใดๆบ้างหรือไม่

ไม่เคย

เคย ระบุ.....

11. ข้อมูลทางสุขภาพอื่นๆที่เป็นประโยชน์

หมายเหตุ *ตรวจสอบสุขภาพก่อนเข้าทำงาน*

ตรวจสอบสุขภาพก่อนเข้าทำงาน (หญิง)

1. ตรวจร่างกาย
2. ตรวจหาสารเสพติด
3. ตรวจปัสสาวะ
4. ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด
5. ตรวจตาบอดสี
6. ตรวจการติดเชื้อเอดส์
7. เอ็กซเรย์ปอดฟิล์มใหญ่
8. ตรวจการตั้งครรภ์

ตรวจสอบสุขภาพก่อนเข้าทำงาน (ชาย)

1. ตรวจร่างกาย
2. ตรวจหาสารเสพติด
3. ตรวจปัสสาวะ
4. ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด
5. ตรวจตาบอดสี
6. ตรวจการติดเชื้อเอดส์
7. เอ็กซเรย์ปอดฟิล์มใหญ่

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้า/ผจก.

(.....)