

แบบฟอร์มที่ 1

เรื่อง ใบสมัคร และ สวัสดิการคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คำชี้แจง

1. กรอกใบสมัคร และ สวัสดิการคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

2. เอกสารแนบประกอบข้อมูลใบสมัคร (อย่างละ 1 ฉบับ) ดังนี้

- รูปถ่าย 1 หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป
- สำเนาประกาศนียบัตร/ปริญญาบัตร
- สำเนาวุฒิการศึกษา/Transcript
- สำเนาประกาศนียบัตร/ปริญญาบัตร
- สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ถ้ามี)
- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาหลักฐานทางทหาร (สด.8/สด.43) (ถ้ามี)
- สำเนาทะเบียนสมรส
- สำเนาใบเปลี่ยนชื่อตัว/ชื่อสกุล (ถ้ามี)
- สำเนาทะเบียนหย่า

ทั้งนี้ขอให้ส่งแบบกรอกและเอกสารต่างๆทั้งหมด ให้ภาควิชาที่สังกัด
ภายในวันที่ 31 มีนาคม 2557

*** หากมีข้อสงสัยเรื่องกรอกแจ้ง ติดต่อ คุณสุรสา เสรีโรจนา/ คุณชลลดา พงษ์เพชร โทร 2585 ต่อ 112, 115



เลขประจำตัวสอบ.....

ใบสมัครคัดเลือกเพื่อปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยมหิดล



ประเภทบุคลากร

- พนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานมหาวิทยาลัย(ชื่อส่วนงาน) ลูกจ้างชั่วคราว

ตำแหน่ง..... หน่วยงาน.....

ส่วนงาน..... คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.....

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

- 1.1 ชื่อ-สกุล (นาย/นางสาว/นาง).....น้ำหนักร.....กก. ส่วนสูง.....ซม.
NAME (MR./MISS/MRS.).....
- 1.2 วัน เดือน ปีเกิด..... ปัจจุบันอายุ..... ปี.....เดือน.....
- 1.3 เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา..... สถานที่เกิด(จังหวัด).....
- 1.4 บัตรประชาชนเลขที่ ออกให้ ณ วันหมดอายุ.....
- 1.5 สถานภาพทางทหาร () ได้รับการยกเว้นเนื่องจาก
() ปลดเป็นทหารกองหนุน พ.ศ. () จะเกณฑ์ พ.ศ.
- 1.6 ชื่อ-สกุล บิดา..... ชื่อ-สกุล มารดา.....
- 1.7 สถานภาพการสมรส..... ชื่อ-สกุล คู่สมรส.....
- 1.8 ที่อยู่ปัจจุบัน.....
โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... Email Address.....

2. ประวัติการศึกษา (ตั้งแต่ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพขึ้นไปหรือเทียบเท่า)

- 2.1 คุณวุฒิ..... สาขา..... เกรดเฉลี่ย.....
สถานศึกษา ปี พ.ศ.
- คุณวุฒิ..... สาขา..... เกรดเฉลี่ย.....
สถานศึกษา ปี พ.ศ.

คุณวุฒิที่ใช้ในการสมัครงาน

- คุณวุฒิ..... สาขา..... เกรดเฉลี่ย.....
สถานศึกษา ปี พ.ศ.

กำลังศึกษาอยู่

- ระดับ.....สถานศึกษา..... ชั้นปี..... ปีที่คาดว่าจะจบการศึกษา พ.ศ.....

3. ประวัติการทำงาน

3.1 กรณี่ทำงานที่อื่น

สถานที่ทำงาน/โทรศัพท์	ตำแหน่ง	เงินเดือน	ระยะเวลาตั้งแต่ - วันที่	สาเหตุที่ออก

3.2 กรณีเคยปฏิบัติงานภายในมหาวิทยาลัยมหิดล

ส่วนงาน / หน่วยงาน	ประเภทบุคลากร	ตำแหน่ง	เงินเดือน	ระยะเวลา ตั้งแต่ - วันที่	สาเหตุที่ออก	เงินชดเชย
	<input type="radio"/> ข้าราชการ <input type="radio"/> พนักงานมหาวิทยาลัย <input type="radio"/> พนักงานมหาวิทยาลัย (ชื่อส่วนงาน) <input type="radio"/> ลูกจ้างชั่วคราว					<input type="radio"/> ได้รับแล้ว <input type="radio"/> ยังไม่ได้รับ

4. สถานภาพการทำงานในปัจจุบัน

- () ตำแหน่ง..... เงินเดือน.....บาท ระยะเวลาปีเดือน
 สถานที่ทำงาน.....จังหวัด.....
- () ว่างาน ระยะเวลา..... สาเหตุการว่างงาน.....

5. ความสามารถพิเศษ

- () พิมพ์ดีดไทยคำ/นาที () พิมพ์ดีดอังกฤษคำ/นาที
- () คอมพิวเตอร์ ระบุโปรแกรม.....
- () ภาษาอังกฤษ ระบุ (ระดับดี/พอใช้) พูด อ่าน เขียน.....
 คะแนนการทดสอบภาษาจาก (โปรดระบุสถาบัน) ได้คะแนน
- () ภาษา.....ระบุ (ดี/พอใช้) พูด อ่าน..... เขียน.....
- () ขับรถยนต์ได้ใบขับขี่ No.
- () อื่นๆ (โปรดระบุ)

6. ผลงานทางวิชาการ หรือผลงานแสดงความรู้ความเชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่สมัคร หรืออื่นๆ (ถ้ามี)

.....

.....

7. ทราบประกาศรับสมัครจาก

- () บอร์ดประกาศรับสมัครในโรงพยาบาลรามธิบดี () ประกาศรับสมัครภายนอกโรงพยาบาลรามธิบดี
- () เว็บไซต์ (โปรดระบุ)..... () หนังสือพิมพ์ (โปรดระบุ).....
- () บุคคลภายนอกโรงพยาบาลรามธิบดี () ตลาดนัดแรงงาน (โปรดระบุ).....
- () บุคคลภายในโรงพยาบาลรามธิบดี โปรดระบุชื่อ.....หน่วยงาน.....
- () อื่นๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนตามความเป็นจริง เพื่อประโยชน์ของท่าน

คำชี้แจง : โปรดกรอกข้อมูล และทำเครื่องหมาย ลงใน

ท่านเคยสมัครงานกับคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีหรือไม่ <input type="checkbox"/> เคย จำนวน.....ครั้ง <input type="checkbox"/> ไม่เคย	ท่านมีโรคประจำตัวหรือมีความทุพพลภาพของร่างกายหรือไม่ <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ไม่มี
ท่านเคยต้องรับโทษโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุกเพราะกระทำความผิดทางอาญา เว้นแต่เป็นโทษจากความประมาทหรือลหุโทษหรือไม่ <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ไม่เคย	ท่านเคยถูกไล่ออกจากที่ทำงานใด หรือถูกเลิกจ้างโดยมีความผิดมาก่อนหรือไม่ <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ไม่เคย
ท่านเคยถูกพิพากษาถึงที่สุดให้เป็นบุคคลล้มละลายหรือไม่ <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย	ท่านสามารถปฏิบัติงานนอกเวลาราชการหรือเป็นกะได้หรือไม่ <input type="checkbox"/> ได้ <input type="checkbox"/> ไม่ได้
ท่านยินยอมหรือไม่หากคณะฯ เห็นควรโอนย้ายท่านไปทำงานยังหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ <input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	ท่านสูบบุหรี่อยู่ในระดับใด <input type="checkbox"/> ไม่สูบเลย <input type="checkbox"/> นานๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> สูบก็ได้ไม่สูบก็ได้ <input type="checkbox"/> สูบเมื่ออยู่ว่างๆ <input type="checkbox"/> สูบทุกวันอย่างน้อย.....มวน

บุคคลที่ติดต่อได้กรณีเร่งด่วน

ชื่อ-สกุล..... ความสัมพันธ์

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก..... Email Address

สำหรับเจ้าหน้าที่ฝ่ายทรัพยากรบุคคล

เอกสารประกอบการสมัครอย่างละ 1 ฉบับ

- รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป
กรณีตำแหน่งที่ต้องสอบคัดเลือกเบื้องต้น ใช้รูปถ่าย จำนวน 2 รูป วันสอบคัดเลือกเบื้องต้น.....
- สำเนาปริญญาบัตร /ประกาศนียบัตร หรือหนังสือรับรองซึ่งได้รับจากผู้มีอำนาจว่าเป็นผู้สำเร็จการศึกษาแล้ว
- สำเนาใบรับรองผลการศึกษาที่สำเร็จการศึกษา (Transcript)
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาหลักฐานการพ้นภาระทางทหาร (เพศชาย)
- สำเนาหลักฐานการอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล , ทะเบียนสมรส , ทะเบียนหย่า
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (เฉพาะตำแหน่ง)
- สำเนาหนังสือรับรองการทำงาน (ถ้ามี)

หมายเหตุ เอกสารประกอบการสมัครไม่ครบเนื่องจาก.....จะนำมาให้ในวันที่.....

(.....)

เจ้าหน้าที่ฝ่ายทรัพยากรบุคคล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สวัสดิการคณะกรรมการโรงพยาบาลรามาริบัติ
หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือค่ามาปนกิจศพ

คณะกรรมการโรงพยาบาลรามาริบัติ
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
เป็นลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ.....ตำแหน่ง.....แพทย์.....สังกัด ภาควิชา.....
.....คณะกรรมการโรงพยาบาลรามาริบัติ ได้รับค่าจ้าง/เดือน เดือนละบาท
ขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือค่ามาปนกิจศพ โดยหนังสือนี้ว่า ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่ความตายในระหว่างรับ
ราชการ และทางคณะกรรมการโรงพยาบาลรามาริบัติ ต้องจ่ายเงินสวัสดิการช่วยเหลือค่ามาปนกิจให้ตามประกาศ
คณะกรรมการโรงพยาบาลรามาริบัติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การให้สวัสดิการสำหรับเจ้าหน้าที่คณะฯ พ.ศ. ๒๕๓๕
ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินช่วยเหลือค่ามาปนกิจศพดังกล่าวให้ นาย/นาง/นางสาว.....
ซึ่งเป็น ของข้าพเจ้า

(ลงนาม).....ผู้ทำหนังสือ
(.....)

(ลงนาม).....พยาน
(.....)

(ลงนาม).....พยาน
(.....)

- หมายเหตุ
๑. หนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือค่ามาปนกิจเป็นสวัสดิการของคณะกรรมการโรงพยาบาลรามาริบัติ
 ๒. การระบุชื่อผู้รับเงินช่วยเหลือค่ามาปนกิจศพให้ระบุได้ไม่เกิน ๑ คน
 ๓. ผู้ลงชื่อเป็นพยานต้องเป็นเจ้าหน้าที่ของส่วนราชการ
 ๔. ให้มอบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือค่ามาปนกิจไว้ที่ หน่วยสวัสดิการ ฝ่ายทรัพยากรบุคคล
 ๕. การเปลี่ยนแปลงตัวผู้รับเงินช่วยเหลือค่ามาปนกิจศพภายหลัง ให้เปลี่ยนโดยทำหนังสือแสดงเจตนาระบุใหม่