บริษัท พิสิษฐ์การแพทย์ จำกัด

เลขที่ 7/26 หมู่ 10 ตำบลบึงคำพร้อย อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี 12150
Tel. 02-102-5262, 02-102-5263 Fax 02-102-5262, 02-102-5263 ต่อ 105
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0135561017640 (สำนักงานใหญ่)

ใบสมัครงาน

กรอกข้อมูลด้วยตัวท่านเอง

ติดรูปถ่าย

ชื่อ: ……ชื่อเล่น……สามารถเริ่มงานได้.....

ตำแหน่งที่ต้องการ 1. …… เงินเดือน …….... บาท / เดือน

2. …… เงินเดือน ..... บาท / เดือน

ประวัติส่วนตัว

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ ……. หมู่ที่ ……..... ถนน ..... ตำบล/แขวง ……..

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

โทรศัพท์ ……..... มือถือ .....

E-mail……..

☐ อาศัยกับครอบครัว ☐ บ้านตัวเอง ☐ บ้านเช่า ☐ หอพัก

วัน เดือน ปีเกิด ..... อายุ ……..... ปี เชื้อชาติ ……..

สัญชาติ ……..... ศาสนา …….. ..... บัตรประชาชนเลขที่.....

ออกให้ ณ. ..... เมื่อวันที่ ..... บัตรหมดอายุ ……..

ส่วนสูง ..... ซม. น้ำหนัก ..... กก.

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สูบบุหรี่หรือไม่ ☐ สูบ ☐ ไม่สูบ

สถานภาพ ☐ โสด ☐ แต่งงาน ☐ หม้าย ☐ แยกกัน

ภาวะทางทหาร ☐ ได้รับการยกเว้น ☐ ปลดเป็นทหารกองหนุน ☐ ยังไม่ได้รับการเกณฑ์

บริษัท พิสิษฐ์การแพทย์ จำกัด
เลขที่ 7/26 หมู่ 10 ตำบลบึงคำพร้อย อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี 12150
Tel. 02-102-5262, 02-102-5263 Fax 02-102-5262, 02-102-5263 ต่อ 105
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0135561017640 (สำนักงานใหญ่)

ประวัติครอบครัว

บิดา ชื่อ-สกุล ..... อายุ ..... ปี อาชีพ .....

มารดา ชื่อ-สกุล..... อายุ ..... ปี อาชีพ .....

ชื่อภรรยา/สามี .....สถานที่ทำงาน ..... ตำแหน่ง .....

มีบุตร ..... คน เพศหญิง.....คน เพศชาย.....คน

การศึกษา

ระดับการศึกษา Educational Level	สถาบันการศึกษา Institution	สาขาวิชา Major	ตั้งแต่ From	ถึง To
มัธยมศึกษาตอนปลาย High school				
ปวช. Vocational				
ปวส. Diploma				
ปริญญาตรี Bachelor degree				
สูงกว่าปริญญาตรี Post-Graduate				

รายละเอียดของงานที่ผ่าน เรียงลำดับก่อน - หลัง

สถานที่ทำงาน Company	ระยะเวลา Time		ตำแหน่งงาน Position	ลักษณะงาน Job description	ค่าจ้าง Salary	เหตุที่ออก Reasons of resignation
	เริ่ม From	ถึง To				

ภาษา

ภาษา Language	พูด (Speaking)			เขียน (Writing)			อ่าน (Reading)		
	ดี Good	ปานกลาง Fair	พอใช้ Poor	ดี Good	ปานกลาง Fair	พอใช้ Poor	ดี Good	ปานกลาง Fair	พอใช้Poor
ภาษาไทย (Thai)									
ภาษาอังกฤษ (English)									

บริษัท พิสิษฐ์การแพทย์ จำกัด

เลขที่ 7/26 หมู่ 10 ตำบลบึงคำพร้อย อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี 12150
Tel. 02-102-5262, 02-102-5263 Fax 02-102-5262, 02-102-5263 ต่อ 105
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0135561017640 (สำนักงานใหญ่)

ความสามารถพิเศษ

คอมพิวเตอร์ : Computer	☐ ไม่ได้ No	☐ ได้ ระบุ Yes (Please Mention)	
ขับรถยนต์ : Driving	☐ ไม่ได้ No	☐ ได้ Yes	ใบขับขี่เลขที่ Driving License No. .....
ความสามารถในการใช้เครื่องใช้สำนักงาน Office Machine			

สามารถไปปฏิบัติงานต่างจังหวัด ☐ ไม่ได้ ☐ ได้ อื่นๆ ระบุ .....

ในการปฏิบัติงาน สามารถเปลี่ยนแปลงตำแหน่งหน้าที่ได้ตามความเหมาะสม ☐ ไม่ขัดข้อง ☐ ขัดข้อง

ท่านเคยต้องโทษคดีอาชญากรรมหรือเคยถูกฟ้องร้องดำเนินคดีหรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย

ถ้าเคยอธิบาย .....

ท่านเคยป่วยหนักและเป็นโรคติดต่อร้ายแรงมาก่อนหรือไม่? ☐ เคย ☐ ไม่เคย

ถ้าเคยโปรดระบุชื่อโรค .....

ท่านมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังหรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย

ถ้าเคยโปรดระบุชื่อโรค .....

ทราบข่าวการรับสมัคร ☐ Website ..... ☐ Walk In ☐ ป้ายประกาศ ☐ บุคคลแนะนำ.....

กรณีฉุกเฉินบุคคลที่ติดต่อได้ (กรอกให้ครบ 2 ท่าน)

1. แจ้งชื่อ-นามสกุล .....เกี่ยวข้องกับผู้สมัคร .....

   โทร. .....ที่อยู่.....

2. แจ้งชื่อ-นามสกุล .....เกี่ยวข้องกับผู้สมัคร .....

   โทร. .....ที่อยู่.....

ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้ความยินยอมต่อบริษัท พิสิษฐ์การแพทย์ จำกัด ในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลรวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า และข้อความดังกล่าวทั้งหมดในใบสมัครนี้ยืนยันว่าเป็นความจริงทุกประการ หลังจากบริษัทฯ จ้างเข้ามาทำงานแล้วปรากฏว่า ข้อความในใบสมัครงานเอกสารที่นำมาแสดง หรือเอกสารที่บริษัทฯร้องขอภายหลังเป็นเท็จ หรือรายละเอียดที่ให้ไว้ไม่เป็นความจริง บริษัทฯ มีสิทธิ์ที่จะเลิกจ้างข้าพเจ้าได้โดยไม่ต้องจ่ายเงินชดเชยหรือค่าเสียหายใดๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....ผู้สมัครงาน

ลายมือชื่อผู้สมัคร

วันที่สมัคร .....

บริษัท พิสิษฐ์การแพทย์ จำกัด
เลขที่ 7/26 หมู่ 10 ตำบลบึงคำพร้อย อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี 12150
Tel. 02-102-5262, 02-102-5263 Fax 02-102-5262, 02-102-5263 ต่อ 105
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0135561017640 (สำนักงานใหญ่)

การพิจารณาว่าจ้าง

ตำแหน่ง ……..……. แผนก……..……..……

เงินเดือน ……..…… ต่อเดือน/วัน

วันที่เริ่มงาน ……..……..……..……..

ลงชื่อ……..…..แผนกบุคคล
(……)
วันที่……/……/…….

ลงชื่อ ……..……ผู้อนุมัติ
(คุณสรยุทธ เกจณะเวชช์)
วันที่……/……/…….

ลงชื่อ……..……ผู้อนุมัติ
(คุณสุธารัตน์ เกจณะเวชช์)
วันที่……/……/……