

เลขที่ประจำตัวสอบ.....

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี
ใบสมัครพนักงานสายวิชาชีพอื่น
กลุ่มบริหารและสนับสนุน (สว)

ติดภาพถ่าย
Photo attached

ตำแหน่งที่สมัคร.....เลขที่.....ประจำภาควิชา / คณะ.....

Position applied in the school of

ชื่อและนามสกุล

(ภาษาไทย).....เพศ.....

Name and Surname

(ภาษาอังกฤษ).....Sex.....

วันเดือนปีเกิด.....ปัจจุบันอายุ.....ภูมิลำเนา.....

Date of birth

Age

Place of birth

เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....บัตรประชาชนเลขที่.....

Race

Nationality

Religion

I.D. Card or Passport NO:

ออกให้ ณ.....หมดอายุวันที่.....

Issued at

Expired date

ที่อยู่ที่บ้าน.....

Home address.....โทรศัพท์ / Tel.....

ที่อยู่ทำงาน.....

Office address.....โทรศัพท์ / Tel.....

E-mail address.....

สถานภาพสมรส

Marital Status

โสด

Single

สมรส

Married

หม้าย / หย่าร้าง

Divorced / Separated

ชื่อ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....อาชีพ.....

Spouse's name and address

Nationality

Religion

Occupation

สถานที่ทำงาน.....

Company's name and address

จำนวนบุตร.....คน อายุบุตรเรียงตามลำดับ (1).....(2).....(3).....(4).....

No. of Children

Ages of children respectively

ประวัติการศึกษาระดับอุดมศึกษา

Education

สถานศึกษาระดับอุดมศึกษา College or University Attended	ช่วง พ.ศ. ที่ศึกษา Year (from / to)	วุฒิการศึกษาและสาขาวิชาเอก Degree and Major	GPA
.....
.....
.....
.....
.....

ประวัติการทำงาน (ให้เรียงลำดับจากงานปัจจุบัน)

Experience record (Please begin with your present or most recent employment)

ตำแหน่ง Job Title	ชื่อสถานที่ทำงาน Employer and address	ระยะเวลาทำงาน Dates of Employment (ระบุเดือน และพ.ศ.) (month and year from / to)	ลักษณะงาน/ หน้าที่โดยสังเขป Job Description	ชื่อผู้บังคับ บัญชา Supervisor's name	รายได้ ต่อเดือน monthly salary	เหตุผลของ การลาออก reason for leaving
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ความรู้พิเศษและความชำนาญ

Professional Affiliations

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ความรู้ภาษาต่างประเทศ (ดีมาก, ดี, พอใช้, อ่อน)

Language (Please indicate Excellent, Good, Fair, Poor)

ภาษา / Language	ฟัง / Listening	พูด / Speaking	อ่าน / Reading	เขียน / Writing
.....
.....
.....
.....

งานอดิเรกหรือความสนใจ

Hobbies or outside interests

.....

.....

.....

ถ้าได้รับการคัดเลือกเข้ามาทำงานใหม่มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี ท่านพร้อมหรือไม่ อย่างไร

How soon can you start if accepted for employment

พร้อมที่จะมาบรรจุเป็นพนักงานของมหาวิทยาลัยได้ทันที
As soon as required

มีข้อผูกพัน ต้องทำงานที่เดิมจนถึง เดือน.....
Contract with the former employer until

อื่นๆ (โปรดระบุ).....
Other: (Please detail)

ถ้าข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือกเข้ามาทำงานใหม่มหาวิทยาลัย ข้าพเจ้าจะอุทิศเวลาทั้งหมดให้แก่
มหาวิทยาลัยและจะละเว้นการรับจ้างเพื่อประกอบอาชีพอื่นใด

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

I hereby certify that all the statements made in this application for employment are true and correct

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

Applicant's signature

วันที่ยื่นใบสมัคร...../...../.....

Dated

พร้อมใบสมัครนี้ ได้ส่งหลักฐานต่อไปนี้มาด้วย (ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความ)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> สำเนาใบแสดงผลการศึกษา | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาบัตรข้าราชการ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรใบสำคัญทางทหาร |
| <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองคุณวุฒิ | <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรส |
| <input type="checkbox"/> สำเนาใบเปลี่ยนชื่อสกุล | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... |

เฉพาะเจ้าหน้าที่รับสมัครงานของมหาวิทยาลัย

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> เอกสารและหลักฐานครบถ้วน | 2. ได้รับเงินค่าสมัครสอบ |
| <input type="checkbox"/> มีปัญหาคือ..... | <input type="checkbox"/> ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 30 บาท |
| | <input type="checkbox"/> ระดับปริญญาตรี จำนวน 40 บาท |
| | <input type="checkbox"/> ระดับปริญญาโทขึ้นไป จำนวน 50 บาท |

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

เจ้าหน้าที่รับสมัคร

...../...../.....



แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพของผู้สมัครงานตามจริง

<p>1. ท่านเคยเป็น หรือทราบว่าเป็น หรือเคยได้รับคำแนะนำ และ/หรือการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่โรคเกี่ยวกับ ตา หู จมูก หรือคอ, วัณโรคหรือวัณโรค, วัณโรคปอด, วัณโรคกระดูก, วัณโรคไต, วัณโรคหัวใจ, วัณโรคสมองหรือระบบประสาท, บ้วนเป็นเลือด, วัณโรค, โรคหืด หอบ, โรคปอดอักเสบ หรือโรคใดโรคหนึ่งเกี่ยวกับปอดหรือระบบหายใจ, อาการเจ็บหน้าอก, ความดันโลหิตสูง, พราย้ำ, โรคเลือด, เส้นเลือดหรือโรคหัวใจ, อาหารไม่ย่อยบ่อย ๆ (ท้องอืด), แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้, ไข้เลือด, ริดสีดวงทวาร หรือโรคใด ๆ เกี่ยวกับตับ, ถุงน้ำดี, กระเพาะอาหารหรือลำไส้, ท้องมาน (มีน้ำในช่องท้อง), โรคในช่องท้อง, โรคไต, นิ้ว, กามโรค, หรือโรคใด ๆ เกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หรือระบบขับถ่ายปัสสาวะ, โรคเบาหวาน, คอพอก หรือโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ, โรคมะเร็ง, เนื้องอก ค่อมเนื้อหรืออวัยวะใด ๆ ที่งอกขึ้น หรือโตขึ้นผิดปกติ, ไข้เรื้อรัง, ไข้รูมาติก, ข้ออักเสบ, โรคเก๊าท์ หรือโรคใด ๆ เกี่ยวกับกระดูกสันหลัง, กระดูกข้อต่อ หรือกล้ามเนื้อ, มีความบกพร่อง หรือพิการทางร่างกาย</p>	<p><input type="checkbox"/> เคย ระบุโรค..... รักษาที่โรงพยาบาล.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> (นาน ๆ ครั้ง)</p>
<p>2. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ</p> <p>ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่นการเอ็กซเรย์ การตรวจหัวใจด้วยเครื่องไฟฟ้า หรือการตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่น ๆ หรือไม่</p> <p>ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำทางการแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น</p>	<p><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p> <p>ตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค</p>
<p>3. บิดามารดา คู่สมรส หรือพี่น้องของท่าน เคยเป็นโรคเบาหวาน, โรคจิต, โรคไต, โรคหัวใจ, ความดันโลหิตสูง, โรคเลือด, วัณโรค, โรคเอดส์หรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p> <p>โรค.....</p>
<p>4. ท่านเคยเสพยาหรือสารเสพติดใด ๆ หรือดื่มสุราหรือสิ่งมีเมมาเป็นประจำ หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับ พิษสุราเรื้อรัง หรือยาเสพติดบ้างหรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p>
<p>5. ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่ ถ้าเคย สูบนาน.....ปี ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่ ประมาณวันละ.....มวน ท่านสูบบุหรี่ชนิดอื่นหรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p>
<p>6. ท่านเคยมีอาการผิดปกติที่เด่นชัด ชóngคลอต มดลูก รั้งไข่ ท่อรังไข่ หรือเคยแท้งบุตร หรือ คลอดบุตรยากหรือมีอาการแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ หรือการคลอดหรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p>

หมายเหตุ "ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลนี้เป็นความจริงทุกประการ"

(ลงชื่อ).....ผู้สมัครงาน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....