



ใบสมัครเลขที่.....

รูปถ่าย

ใบสมัครสำหรับพนักงานราชการทั่วไป  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ

1. ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อและนามสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....	สมัครตำแหน่ง .....	
ที่อยู่ติดต่อได้..... .....	วัน/เดือน/ปีเกิด .....	อายุ .....
หมายเลขโทรศัพท์.....	สถานที่เกิด .....	เชื้อชาติ .....
E-mail Address.....	สถานภาพ (สมรส/โสด) .....	สัญชาติ .....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....	การรับราชการ .....	ศาสนา .....
ออกให้ที่อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....		
วันเดือนปีที่ออกบัตร.....หมดอายุ.....		

2. ข้อมูลการศึกษาและฝึกอบรม

ปี พ.ศ.		สถานศึกษา	ประกาศนียบัตร/ปริญญาบัตร/วิชาเอก
จาก	ถึง		
อาชีพปัจจุบัน.....			
เหตุผลที่ (อยาก) ออกจากงาน.....			

หลักสูตรเพิ่มเติม

การฝึกอบรม

--	--

## 3. ข้อมูลการทำงานและประสบการณ์ทำงาน (โปรดให้รายละเอียดของงานที่ทำในช่วง 3 ปีหลัง)

ปี พ.ศ.		ชื่อและที่อยู่ ของหน่วยงาน	ตำแหน่งงานและ หน้าที่โดยย่อ	เงินเดือน	สาเหตุที่ออกจากงาน
จาก	ถึง				

## โปรดระบุความสำเร็จของงานที่ทำผ่านมาในช่วง 3 ปีหลัง (ถ้ามี)

--

## โปรดให้ความเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับ และอธิบายว่าประสบการณ์นั้น ๆ เป็นประโยชน์ต่องานที่สมัครในครั้งนี้อย่างไรบ้าง

--

## 4. ข้อมูลความรู้ความสามารถพิเศษ (ถ้ามี)

--

## 5. ข้อมูลอ้างอิง (ขอให้ระบุชื่อบุคคลที่คุ้นเคยกับการทำงานของท่าน เช่น ผู้บังคับบัญชาโดยตรง โปรดระบุ ชื่อบุคคลที่เป็นญาติหรือเพื่อน)

ชื่อและนามสกุล	ตำแหน่งปัจจุบัน	ที่ทำงานปัจจุบันและโทรศัพท์	ระบุความสัมพันธ์กับท่าน

6. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ระบุไว้ใน ข้อ 8 แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยพนักงานราชการ พ.ศ. 2547

ขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความตอนใดเป็นความเท็จหรือไม่ตรงกับความจริง ให้ถือเป็นหลักฐานเพื่อเลิกจ้างข้าพเจ้าได้ทันที

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ยื่นใบสมัครวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

<p>[ ] หลักฐานครบถ้วน [ ] มีปัญหา คือ ..... ลงลายมือชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับสมัคร ...../...../.....</p>	<p>กองคลังได้รับเงินค่าธรรมเนียมสอบ จำนวน.....บาท ไว้แล้ว ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่.....เล่มที่..... ลงลายมือชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับเงิน ...../...../.....</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ อยู่ที่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....

บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทของบัตรด้วย).....

แล้ว เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ขอรับรองว่า

นาย/นาง/นางสาว..... ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ

จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน และไม่ปรากฏอาการ และแสดงของโรคที่ต้องห้ามตามกฎหมาย ก.พ. ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2535) ดังต่อไปนี้

1. โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการที่เป็นที่รังเกียจแก่สังคม
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
4. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
5. โรคพิษสุราเรื้อรัง

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์.....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ
1. จะต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
  2. ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย