



รหัสประจำตัว.....

ใบสมัครเข้ารับการสอบคัดเลือกเพื่อจ้างเป็นพนักงานเงินรายได้
สังกัดมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ

รูปถ่าย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

สัญชาติ.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี

เป็นผู้สำเร็จการศึกษาคุณวุฒิ.....สาขา/วิชาเอก.....

คณะ.....จากสถานศึกษา.....

ประเทศ.....ปีที่สำเร็จการศึกษา.....คะแนนเฉลี่ย.....

ขอสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อจ้างเป็นพนักงานเงินรายได้ สังกัดมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล
กรุงเทพ ตำแหน่ง.....หน่วยงานที่จะจ้าง.....
และขอแจ้งรายละเอียดเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

สถานที่เกิด จังหวัด.....ภูมิลำเนา.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....

อาชีพ ลูกจ้าง/พนักงานของรัฐ ตำแหน่ง.....

ข้าราชการพลเรือนสามัญ ตำแหน่ง.....

กำลังศึกษาต่อ

อื่นๆ.....

สถานที่ทำงาน กรม/บริษัท.....

กอง/แผนก.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ออกให้ ณ อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....วันที่ออกบัตร.....บัตรหมดอายุ.....

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่า

2. ประวัติการศึกษา

วุฒิที่ได้รับ	สาขา/วิชาเอก	คะแนนเฉลี่ย ตลอดหลักสูตร	ชื่อสถานศึกษา	ระยะเวลา ตั้งแต่.....ถึง.....
ม.6/ปวช.
ปวศ./อนุปริญญา
ปริญญาตรี
ปริญญาโท
ปริญญาเอก
อื่นๆ

3. ประวัติการทำงาน

ชื่อสถานที่ทำงาน	ตำแหน่ง/ลักษณะงาน	เงินเดือนสุดท้าย ก่อนออก	ระยะเวลา ตั้งแต่.....ถึง.....	เหตุผลที่ออก
1.
.....
.....
.....
2.
.....
.....
.....
3.
.....
.....
.....

4. ความรู้ความสามารถพิเศษ.....

5. หลักฐานที่ใช้ประกอบการสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อจ้างเป็นพนักงานเงินรายได้ สังกัดมหาวิทยาลัยเทคโนโลยี
 ราชมนครกรุงเทพ คือ

- () สำเนาปริญญาบัตร หรือหนังสือรับรองคุณวุฒิ จำนวน 1 ฉบับ
- () สำเนาใบรายงานผลการศึกษา (Transcript) จำนวน 1 ฉบับ
- () สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
- () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
- () สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ
- () สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี) หรือหนังสือสำคัญ (แบบ สด.8 หรือแบบ สด.43)
 จำนวน 1 ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ ข้อความตอนใดเป็นความเท็จ
 หรือไม่ตรงกับความจริงให้ถือเป็นหลักฐานเพื่อเลิกจ้างข้าพเจ้าได้ทันที

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

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

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

ให้ผู้สมัครเขียนชื่อ-สกุล ที่อยู่ ไปรษณีย์ ให้ถูกต้อง ชัดเจน และเป็นที่อยู่เดียวกันทุกช่อง
หากเปลี่ยนแปลงที่อยู่ต้องแจ้งให้กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานอธิการบดีทราบ (กรุณากรอกให้ครบทุกช่อง)

ชื่อ-สกุล.....
ที่อยู่.....
.....
.....รหัสไปรษณีย์.....

ชื่อ-สกุล.....
ที่อยู่.....
.....
.....รหัสไปรษณีย์.....

ชื่อ-สกุล.....
ที่อยู่.....
.....
.....รหัสไปรษณีย์.....

ชื่อ-สกุล.....
ที่อยู่.....
.....
.....รหัสไปรษณีย์.....

ชื่อ-สกุล.....
ที่อยู่.....
.....
.....รหัสไปรษณีย์.....

ชื่อ-สกุล.....
ที่อยู่.....
.....
.....รหัสไปรษณีย์.....

ชื่อ-สกุล.....
ที่อยู่.....
.....
.....รหัสไปรษณีย์.....

ชื่อ-สกุล.....
ที่อยู่.....
.....
.....รหัสไปรษณีย์.....

ชื่อ-สกุล.....
ที่อยู่.....
.....
.....รหัสไปรษณีย์.....

ชื่อ-สกุล.....
ที่อยู่.....
.....
.....รหัสไปรษณีย์.....

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ อยู่ที่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/ นาง/นางสาว.....

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....

บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทของบัตรด้วย).....แล้ว เมื่อ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ขอรับรองว่า

นาย/นาง/นางสาว.....ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ

จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และไม่ปรากฏอาการและแสดงของโรคตามมาตรา ๗ (ข) (๒) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา พ.ศ. ๒๕๔๗ ได้กำหนดลักษณะต้องห้ามของผู้ที่จะเข้ารับราชการเป็นข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษาว่าต้องไม่เป็นโรคตามที่กำหนดในกฎ ก.พ.อ. ในคราวประชุมครั้งที่ ๑๐/๒๕๔๕ เมื่อวันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๔๕ ได้พิจารณาแล้วมีมติโรคต้องห้ามดังนี้

๑. วันโรคในระยะอันตราย

๒. โรคจิตยาเสพติดให้โทษ

๓. โรคพิษสุราเรื้อรัง

๔. โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน

ในหน้าที่

๕. โรคทางจิตที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ ๑. จะต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

๒. ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ

๓. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย