

| ประวัติการทำงาน / การฝึกงาน | | | | | |
|-----------------------------|-------------------|------------------|---------------------|----------------------|----------------|
| ตั้งแต่ (เดือน/ปี) | ถึง (เดือน/ปี) | ชื่อสถานที่ทำงาน | ตำแหน่งสุดท้าย/แผนก | เงินเดือน สุดท้าย | เหตุผลการลาออก |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| ประวัติฝึกอบรม | | | |
|----------------|----------------|----------|------------------------------|
| หัวข้อฝึกอบรม | ปีพ.ศ. ที่อบรม | ระยะเวลา | สถาบัน/หน่วยงานที่จัดฝึกอบรม |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| ทักษะ และความสามารถ | | | | |
|---------------------|--------------------------------|------|-------|--|
| ภาษา | โปรตรระบุ : ดีมาก / ดี / พอใช้ | | | ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ (โปรตรระบุ โปรแกรม) |
| | พูด | อ่าน | เขียน | |
| อังกฤษ | | | | ความสามารถพิเศษอื่น ๆ |
| อื่น ๆ (ระบุ) | | | | |

สามารถขับขี่ : รถยนต์ ได้ ไม่ได้ / ใบอนุญาตขับขี่ มี ไม่มี วัน/เดือน/ปี หมดอายุ ทะเบียนรถ.....
 : รถจักรยานยนต์ ได้ ไม่ได้ / ใบอนุญาตขับขี่ มี ไม่มี วัน/เดือน/ปี หมดอายุ ทะเบียนรถ.....

| รายละเอียดอื่น | | |
|--|-----------------------------------|--|
| 1.สามารถทำงานเป็นกะ | <input type="checkbox"/> ได้ | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ เพราะ |
| 2.สามารถออกปฏิบัติงานต่างจังหวัด | <input type="checkbox"/> ได้ | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ เพราะ |
| 3.เคยถูกจำคุกหรือถูกพิพากษาในคดีอาญา | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคยเมื่อไหร่ คดีอะไร |
| 4.ทำบัตรประกันสังคม | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ | <input type="checkbox"/> ทำเมื่อ..... เลขที่บัตร..... |
| 5.ทำประกันชีวิต | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ | <input type="checkbox"/> ทำกับบริษัท..... ประเภท |
| 6. โปรดแสดงความคิดเห็น เพราะเหตุใดท่านจึงสมัครเข้าทำงาน..... | | |

อัตราเงินเดือนที่ต้องการ เดือนละ/วันละ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้ากรอกข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ถูกต้องตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าทุกประการ หากมีข้อความใดไม่เป็นความจริง ไม่ว่าด้านพุดติษย์และนิติษย์ ข้าพเจ้าตกลงให้บริษัท ปลดข้าพเจ้าออกจากความเป็นพนักงานได้โดยทันทีโดยไม่ต้องจ่ายค่าชดเชย หรือค่าตอบแทนอื่นใดทั้งสิ้น และข้าพเจ้ายินดีที่จะแจ้งให้โรงพยาบาลทราบโดยทันที หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลที่ได้ให้ไว้ในภาคหน้า

ลงชื่อ ผู้สมัคร วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

(.....)

- หลักฐานประกอบการสมัคร
- 1. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
 - 2. สำเนาใบปริญญาบัตร, สำเนาใบประกอบวิชาชีพ / สำเนาใบประกอบโรคศิลป์ / ใบรายงานผลการศึกษา
 - 3. สำเนาบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้าน, สำเนาบัตรผู้เสียภาษี
 - 4. สำเนาเลขที่บัญชีธนาคารกรุงไทย
 - 5. สำเนาใบ CERTIFICATION and TRAINING ถ้ามี (ได้แก่ BLS , ACLS , ATLS , PALS, NALS)
 - 6. หลักฐานการเกณฑ์ทหาร (ตามตำแหน่งงาน)
- หมายเหตุ : หลักฐานประกอบการสมัครต้องลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ