

ตรวจสอบแล้ว

- ผู้สมัครมีคุณสมบัติตามเกณฑ์
 ผู้สมัครไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

เจ้าหน้าที่รับสมัคร



เลขประจำตัว.....

รูปถ่ายปัจจุบัน
ไม่สวมหมวก
ไม่สวมแว่นตา
ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน

ใบสมัครสอบคัดเลือกเพื่อเข้าปฏิบัติงาน

คำชี้แจง : โปรดกรอกข้อความหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ครบถ้วน

โปรดระบุประเภทการจ้าง พนักงานประเภท 1 (ตามระเบียบมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ว่าด้วยการบริหารงานสถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ พ.ศ. 2539)

สมัครงานในตำแหน่ง เภสัชกร เจ้าหน้าที่ประจำสถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน
สังกัด สถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์

ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อและนามสกุล (นาย, นาง, นางสาว)..... สัญชาติ.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ปัจจุบันอายุ.....ปี (นับถึงวันที่สมัคร)

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่..... ออกให้ ณ

วันหมดอายุ..... สถานภาพทางทหาร (เฉพาะชาย) เกณฑ์ทหารแล้ว

สถานภาพการสมรส () โสด () สมรสแบบจดทะเบียน () สมรสแบบไม่จดทะเบียน () หย่า

ชื่อสามี/ภรรยา..... อาชีพ..... จำนวนบุตร.....คน

ยังไม่ได้เกณฑ์ ได้รับการยกเว้น สาเหตุ.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้และข้อมูลอื่นๆ

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ

ID Line E-mail.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้กรณีเร่งด่วน..... ความสัมพันธ์.....

โทรศัพท์.....

ประวัติการศึกษา

คุณวุฒิการศึกษา (เรียงจากคุณวุฒิการศึกษาสูงสุดลงไป)

ระดับการศึกษา	ระยะเวลาการศึกษา		ชื่อสถาบันการศึกษา	ชื่อคุณวุฒิ	สาขาวิชา	คะแนนเฉลี่ย	ประเทศ
	ว/ด/ป ที่เริ่ม	ว/ด/ป ที่จบ					
ปริญญาเอก							
ปริญญาโท							
ปริญญาตรี							
ปวส./อนุปริญญา							
ปวช./ม.6							
ม.3							
ป.6							

ประวัติการทำงาน

ประวัติการทำงาน (เรียงลำดับจากครั้งหลังสุดลงไป)

ระยะเวลา		ชื่อสถานที่ทำงาน	ชื่อตำแหน่ง	ลักษณะงานที่ทำ	เงินเดือน	สาเหตุที่ลาออก
ว/ด/ป ที่เริ่ม	ว/ด/ป ที่สิ้นสุด					

ประวัติการฝึกอบรมสัมมนา

ระยะเวลา		หลักสูตร/เรื่อง/หัวข้อการอบรม	สถาบันที่จัดอบรม/สถานที่	คุณวุฒิที่ได้รับ
ว/ด/ป ที่เริ่ม	ว/ด/ป ที่สิ้นสุด			

บุคคลอ้างอิง

เป็นบุคคลที่ไม่ใช่ญาติและเพื่อน ซึ่งสามารถให้การรับรองความประพฤติแก่คณะฯ ได้ จำนวน 2 คน

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งปัจจุบัน	ที่ทำงานปัจจุบัน/โทรศัพท์	ความสัมพันธ์
1.....
2.....

ความสามารถพิเศษ

พิมพ์ดีด ไทย..... คำ/นาที่ อังกฤษ..... คำ/นาที่	โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้งานได้ดี 1. 2.
ความสามารถในการใช้งานภาษาต่างประเทศ ภาษาอังกฤษ ระดับ <input type="checkbox"/> พอใช้ <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ดีมาก ภาษาอื่นๆ ระดับ <input type="checkbox"/> พอใช้ <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ดีมาก	
งานอดิเรก.....	
กรณาระบุลักษณะงานที่ไม่ประสงค์จะทำ	
รางวัลที่เคยได้รับ 1. 2. 3.	

เรื่องอื่นๆ

1. ท่านเคยมาสมัครงานกับคณะเภสัชศาสตร์หรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
2. ท่านเคยมีคดีถูกฟ้องร้องต่อศาล และ/หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาคดีหรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
3. ท่านเคยถูกศาลพิจารณาทักท้วงถึงที่สุดให้เป็นบุคคลล้มละลายหรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
4. ท่านเคยต้องรับโทษโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุกเพราะกระทำความผิดทางอาญา เว้นแต่เป็นโทษจากความประมาทหรือลหุโทษหรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
5. ท่านเคยถูกไล่ออกจากที่ทำงานใดหรือถูกเลิกจ้าง โดยมีความผิดมาก่อนหรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
6. ท่านยินยอมหรือไม่หากคณะเภสัชศาสตร์เห็นควรโอนย้ายท่านไปทำงานยังหน่วยงานอื่นภายในคณะ	<input type="checkbox"/> ยินยอม	<input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม
7. ท่านมีโรคประจำตัวหรือมีความทุพพลภาพของร่างกายหรือไม่	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นรวมทั้งเอกสารแนบทุกฉบับที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ เป็นความจริงทุกประการ และยินดีให้ตรวจสอบหากภายหลังคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่า มีข้อมูลใดเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้คณะฯ เลิกจ้างและไม่จ่ายค่าชดเชยใดๆ ทั้งสิ้น รวมทั้งจะถูกดำเนินการในเรื่องความผิดทางวินัยด้วย

ได้รับเงินค่าธรรมเนียมการสมัครสอบ คัดเลือก ตามใบเสร็จรับเงิน เล่มที่..... เลขที่..... ลงชื่อ..... (.....)/...../..... เจ้าหน้าที่ผู้รับเงิน

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....