



๕. ประสบการณ์ทำงานในตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน.....  
เป็นเวลา..... ปี..... เดือน..... โทรศัพท์ที่ทำงานเดิม.....

๖. ความรู้ความสามารถพิเศษ ขั้บรรด

- รถยนต์  ได้ หากขับได้  มีใบขับขี่ประเภท.....  
 ไม่มี
- ไม่ได้
- รถจักรยานยนต์  ได้ หากขับได้  มีใบขับขี่ประเภท.....  
 ไม่มี
- ไม่ได้

๗. บุคคลอ้างอิง (ชื่อ - นามสกุล).....  
ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์(บ้าน)..... (มือถือ).....

ความสัมพันธ์กับผู้สมัครเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความทั้งหมดที่ให้ไว้ข้างต้นนี้ถูกต้อง และเป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าข้อความที่แจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริง กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา มีสิทธิจะยกเลิกการจ้างข้าพเจ้าได้ในทันที โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบ และข้าพเจ้าขอรับรอง ในการตรวจสอบคุณสมบัติในตำแหน่งที่ข้าพเจ้าสมัครเรียบร้อยแล้ว

(ลายมือชื่อ)..... ผู้สมัคร

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่รับสมัคร

การตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น

๑. สำเนาวุฒิการศึกษาหรือหนังสือรับรอง  มี  ไม่มี
๒. สำเนาระเบียนแสดงผลการเรียน ๑ ฉบับ  มี  ไม่มี
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ  มี  ไม่มี
๔. สำเนาใบทหารกองเกิน(ส.ต. ๔๓, ส.ต.๘) (เฉพาะเพศชาย) ๑ ฉบับ  มี  ไม่มี
๕. ภาพถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกและไม่ใส่แว่นดำ ขนาด ๑ นิ้ว ๒ รูป  มี  ไม่มี
๖. ใบรับรองแพทย์(แพทย์ออกให้ไม่เกิน ๑ เดือนนับถึงวันสมัคร) ๑ ฉบับ  มี  ไม่มี
๗. หลักฐานอื่นๆ.....
- บันทึกเพิ่มเติม.....

(ลายมือชื่อ)..... ผู้รับสมัคร

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....