**ใบสมัครสำหรับลูกจ้างชั่วคราว (รายวัน/รายเดือน)**

……………………………….

**1. ข้อมูลส่วนตัว**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ชื่อและนามสกุล | วัน/เดือน/ปีเกิด | ติดรูปถ่าย 1.5 x 2 นิ้ว |
| (นาย/นาง/นางสาว)…………………………………………….………….……………….....…….………….…….………….…………….……………….………….…………….………………….………… | .……………….………….…………….………….………………………………….………… |
| หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน….………….…….………….…………….…………………………….………….………….…………….………………….………… | อายุ.……………….………….…………….……………………………….……… |
| ที่อยู่ปัจจุบัน………………………………….………….……………….....…….………….…….………….…………….……………….……………………………………………………………………………………………… | หมู่เลือด.………………...………….…………….…………………… |
| ………………………………….………….……………….....…….………….…….………….…………….……………….…………………………………………………………………………………………………….…………….………………….………… | ภูมิลำเนา (จังหวัด) | สัญชาติ.…………………….………….…………………….…………………… |
| ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน………………………………….………….……………..….....…….………….…….………….…………….……………….………….…………….………………….………… | .……………………………………….....……….………….…………….…………………… | เชื้อชาติ.……………….……..……….…………………….…………………… |
| ………………………………….………….……………….....…….………….…….………….…………….……………….…………………………………………………………………………………………………….…………….………………….………… | สถานภาพ | ศาสนา.……………………….………….……………..…….…….……………… |
| หมายเลขโทรศัพท์ - - | โสด หย่า สมรส | จำนวนบุตร.……………………….………….…………คน |
| หมายเลขโทรศัพท์สำรอง - - | ชื่อคู่สมรส | สถานภาพทางทหาร |
| E-mail Address………………….…………….……………………………………….…………….……………………………………….…………….……………………………………….…………….………….. | .……………….………….…………….……………………………………………………..… | ………………….…………………….…………..………….…………………….…………………… |
| ชื่อและนามสกุล (บิดา) ………….……………………………………….…………….……………………………………….…………….……………………………………….…………….………… | น้ำหนัก………….…………………………………………………….….. | ส่วนสูง………….…………………………………………………………………... |
| ชื่อและนามสกุล (มารดา) ………….……………………………………….…………….……………………………………….…………….……………………………………….…………..… | โรคประจำตัว…………………………….…………….……………………………………….………………………….…………….……………………………………….…… | |
| ประวัติแพ้ยา/อาหาร/สารเคมี มี ไม่มี ระบุ…………………………...………………..................………………………… | ประวัติการผ่าตัด มี ไม่มี ระบุ…………………………...………………................………………………… | |
| สิทธิประกันสังคม มี ไม่มี (ถ้ามี) ระบุโรงพยาบาล……………………………………………...………………………… | สูบบุหรี่ สูบ ไม่สูบ ดื่มสุรา ดื่ม ไม่ดื่ม | |

**2. ตำแหน่งงานที่สมัคร**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ตำแหน่งงาน | ชื่อหน่วยงาน | อัตราค่าจ้าง |
|  |  |  |
|  |  |  |

**3. ข้อมูลการศึกษา**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ประกาศนียบัตร/ปริญญาบัตร | วิชาเอก/สาขา | สถานศึกษา | วันที่จบการศึกษา |
| 1) ประกาศนียบัตรประถมศึกษา |  |  |  |
| 2) ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษา….….……………….………………… |  |  |  |
| 3) ประกาศนียบัตรวิชาชีพ….….…………………………………….……………… |  |  |  |
| 4) ปริญญาตรี……………….….…………….…..………………………………….….…………….………………… |  |  |  |
| 5) ปริญญาโท……………….….…………….…..………………………………….….…………….………………… |  |  |  |
| 6) อื่นๆ…..……………………………………………….……….………………..……………………………………………………… |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ชื่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ | สถาบัน | วันที่ออก | วันหมดอายุ |
|  |  |  |  |

**ข้อมูลการฝึกอบรม/หลักสูตรเพิ่มเติม**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ประกาศนียบัตร | สถาบัน | วันที่ออก |
|  |  |  |
|  |  |  |

/4. ข้อมูลการทำงาน…

- 2 -

**4. ข้อมูลการทำงาน**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ชื่อหน่วยงาน | ตำแหน่งงาน | เงินเดือน | อายุงาน (เดือน/ปี) | สาเหตุที่ออกจากงาน |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**5. ข้อมูลความรู้ความสามารถพิเศษ (ถ้ามี)**

|  |  |
| --- | --- |
| คอมพิวเตอร์พื้นฐาน ได้ พอได้ ไม่ได้ | ขับรถยนต์ ได้ ไม่ได้ |
| กีฬาที่ชอบ…….….…………….…..……….….…………….……… งานอดิเรก……………………………………….…………….…..………………………………….…. | ขับจักรยานยนต์ ได้ ไม่ได้ |
| ความสามารถอื่นๆ ……………………………………….…………….…..………………………………….….……………………………………….…………….…..………………………………….….……………………………………….…………….…..………………………………….….……………………………………….…………….…..………………………………….….……………………………………….………….. | |

**6. ประสบการณ์ทำงาน**

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………………………….…………….…..………………………………….….……………………………………….…………….…..………………………………….….……………………………………….…………….…..………………………………….….……………………………………….…………….…..………………………………….….……………………………………….………….. |
| ……………………………………….…………….…..………………………………….….……………………………………….…………….…..………………………………….….……………………………………….…………….…..………………………………….….……………………………………….…………………………………………….…..………………………………….….……………………………………….…………….…..………………………………….…. |
| ……………………………………….…………….…..………………………………….….……………………………………….…………….…..………………………………….….……………………………………….…………….…..………………………………….….……………………………………….…………………………………………….…..………………………………….….……………………………………….…………….…..………………………………….…. |

**เงื่อนไขและข้อกำหนด**

1) ลูกจ้างชั่วคราว (รายวัน) ต้องปฏิบัติงานไม่ต่ำกว่า 7 วันทำการ จึงสามารถมีสิทธิเบิกเงินค่าตอบแทนได้

2) ลูกจ้างชั่วคราวขาดการติดต่อเกิน 7 วัน ให้หัวหน้างานทำบันทึกข้อความรายงาน แล้วแจ้งให้กลุ่มงานทรัพยากรบุคคลทราบทันที   
 เพื่อดำเนินการตามขั้นตอนต่อไป (ขาดการติดต่อเกิน 15 วัน ถือว่าขาดราชการ)

3) ลูกจ้างชั่วคราวจะถูกหักเงินร้อยละ 5 จากค่าตอบแทน (เงินเดือน) เพื่อส่งให้กับสำนักงานประกันสังคม

4) ลูกจ้างชั่วคราวประสงค์ลาออก ขอให้ยื่นใบลาออกล่วงหน้าก่อน 30 วัน หากไม่ได้ยื่นใบลาออก โรงพยาบาลจะพิจารณาเป็นไล่ออก

5) ลูกจ้างชั่วคราวรายใดที่ไม่ปฏิบัติงานตามขั้นตอนข้างต้น ทางโรงพยาบาลบางพลีมีสิทธิที่จะเลิกจ้างได้

โดยไม่ต้องจ่ายเงินชดเชยหรือค่าเสียหายใดๆ ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความทั้งหมดในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ หลังจากโรงพยาบาลบางพลีจ้างเข้ามาทำงานแล้วปรากฏว่า ข้อความในใบสมัครงานและเอกสารที่นำมาแสดง หรือรายละเอียดที่ให้ไว้ไม่เป็นความจริง โรงพยาบาลบางพลี  
มีสิทธิที่จะเลิกจ้างข้าพเจ้าได้โดยไม่ต้องจ่ายเงินชดเชยหรือค่าเสียหายใดๆ ทั้งสิ้น ข้าพเจ้ายอมรับเงื่อนไขและข้อกำหนดข้างต้น และขอให้สัญญาว่า จะประพฤติและปฏิบัติตามระเบียบ ข้อบังคับ การปฏิบัติงานของโรงพยาบาลบางพลีอย่างเคร่งครัด จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ) ….………………………………………………………………………………………………………..………………………………..…..…………………………… ผู้สมัคร

(….……………………………………………………………...…………………………………………………………………..…..……………………………)

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

**เอกสารแนบในการสมัครมีดังต่อไปนี้**

รูปถ่าย

สำเนาบัตรประชาชน

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาวุฒิการศึกษา

ใบรับรองแพทย์ (รพ.บางพลี)

สำเนาหน้าบัญชีธนาคารออมสิน

สำเนาหน้าบัญชีธนาคารกรุงไทย

(สำหรับลูกจ้างชั่วคราว รายเดือน)

**ตรวจสอบคุณสมบัติ** (สำหรับกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล)

ตรวจสอบแล้ว เอกสารถูกต้องครบถ้วน

อื่นๆ ….………………………………………………………………………………………………………………………

ลงชื่อ ….……………………..…………………………………………………………………..…..……………………………

(….…………………………………………………………………………………………..…..……………………………)

….…………………………..………………………………………………………………..…..……………………………

วันที่ …………………………… เดือน ……………………………………….……………………………… พ.ศ. …………………….……………

ส่งข้อมูลเข้าระบบประกันสังคมเรียบร้อยแล้ว

แจ้งเปลี่ยนสถานพยาบาล สปส. 9-02

**พิจารณาและรับรองการจ้าง (สำหรับหัวหน้ากลุ่มงาน)**

ได้พิจารณาแล้วและขอรับรองว่า ผู้สมัครเป็นผู้มีความเหมาะสมกับงานที่จะมอบหมายให้ปฏิบัติจึงรับไว้ปฏิบัติงาน

ตั้งแต่วันที่ …………………….…………… เดือน …………………….……………………….……………………………… พ.ศ. …………………….……………

(ลงชื่อ) ….………………………………………………………………………………………………………………………..…..…………………………… ผู้รับรอง

(….……………………………………………………..……………………………………………..………………..…..……………………………)

……………………………….……………………………….……………………………………………………..…..……………………………

วันที่ …………………….…………… เดือน …………………….……………………….……………………………… พ.ศ. …………………….……………