

ใบสมัครสำหรับลูกจ้างชั่วคราว (รายวัน/รายเดือน)

ติดรูปถ่าย
1.5 x 2 นิ้ว

1. ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อและนามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)	วัน/เดือน/ปีเกิด	
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน	อายุ	
ที่อยู่ปัจจุบัน	หมู่เลือด	สัญชาติ
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน	ภูมิลำเนา (จังหวัด)	
หมายเลขโทรศัพท์ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> โสດ <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> สมรส	เชื้อชาติ
หมายเลขโทรศัพท์สำรอง <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ชื่อคู่สมรส	ศาสนา
E-mail Address		จำนวนบุตร คน
ชื่อและนามสกุล (บิดา)	น้ำหนัก	ส่วนสูง
ชื่อและนามสกุล (มารดา)	โรคประจำตัว	
ประวัติแพ้ยา/อาหาร/สารเคมี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ระบุ	ประวัติการผ่าตัด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ระบุ	
สิทธิประกันสังคม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี (ถ้ามี) ระบุโรงพยาบาล	สูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> สูบ <input type="checkbox"/> ไม่สูบ ดื่มสุรา <input type="checkbox"/> ดื่ม <input type="checkbox"/> 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

ชื่อหน่วยงาน	ตำแหน่งงาน	เงินเดือน	อายุงาน (เดือน/ปี)	สาเหตุที่ออกจากงาน

5. ข้อมูลความรู้ความสามารถพิเศษ (ถ้ามี)

คอมพิวเตอร์พื้นฐาน <input type="checkbox"/> ได้ <input type="checkbox"/> พอได้ <input type="checkbox"/> ไม่ได้	ขับรถยนต์ <input type="checkbox"/> ได้ <input type="checkbox"/> ไม่ได้
กีฬาที่ชอบ _____ งานอดิเรก _____	ขับรถจักรยานยนต์ <input type="checkbox"/> ได้ <input type="checkbox"/> 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 โรงพยาบาลจะพิจารณาเป็นล่อออก
- 5) ลูกจ้างชั่วคราวรายใดที่ไม่ปฏิบัติงานตามขั้นตอนข้างต้น ทางโรงพยาบาลบางพลีมีสิทธิที่จะเลิกจ้างได้ โดยไม่ต้องจ่ายเงินชดเชยหรือค่าเสียหายใดๆ ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความทั้งหมดในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ หลังจากโรงพยาบาลบางพลีจ้างเข้ามาทำงานแล้วปรากฏว่า ข้อความในใบสมัครงานและเอกสารที่นำมาแสดง หรือรายละเอียดที่ให้ไว้ไม่เป็นความจริง โรงพยาบาลบางพลีมีสิทธิที่จะเลิกจ้างข้าพเจ้าได้โดยไม่ต้องจ่ายเงินชดเชยหรือค่าเสียหายใดๆ ทั้งสิ้น ข้าพเจ้ายอมรับเงื่อนไขและข้อกำหนดข้างต้น และขอให้สัญญาว่า จะประพฤติและปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับ การปฏิบัติงานของโรงพยาบาลบางพลีอย่างเคร่งครัด จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ) _____ ผู้สมัคร
(_____)
ยื่นใบสมัครวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

พิจารณาและรับรองการจ้าง (สำหรับหัวหน้ากลุ่มงาน)

ได้พิจารณาแล้วและขอรับรองว่า ผู้สมัครเป็นผู้มีความเหมาะสมกับงานที่จะมอบหมายให้ปฏิบัติจึงรับไว้ปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

(ลงชื่อ) _____ ผู้รับรอง
(_____)
วันที่ _____ 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