

ใบสมัครงาน
สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ติดรูปถ่าย

ตำแหน่งที่สมัคร

เงินเดือนที่ต้องการ

ข้อมูลบุคคล

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย)

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)

เพศ ชื่อเล่น..... วัน เดือน ปีเกิด..... อายุ..... ปี

เลขบัตรประชาชน วันหมดอายุ.....

ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

(สำหรับเพศชาย) การรับราชการทหาร ☐ เกณฑ์ทหารแล้ว ☐ ยังไม่ได้เกณฑ์ทหาร

☐ ได้รับการยกเว้น

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ตามทะเบียนบ้าน

☐ ที่อยู่อื่นโปรดระบุ.....

โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ.....

E-Mail Address

ประวัติครอบครัว

สถานภาพครอบครัว ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย

คู่สมรส ชื่อ-นามสกุล.....

สถานที่ทำงาน

จำนวน บุตร คน

ชื่อ-นามสกุล (บุตรคนที่ 1) ระดับการศึกษา

ชื่อ-นามสกุล (บุตรคนที่ 2) ระดับการศึกษา

ชื่อ-นามสกุล (บุตรคนที่ 3) ระดับการศึกษา

บิดาของผู้สมัคร ☐ มรณะ ☐ มีชีวิตอยู่ อายุ ปี

ชื่อ-นามสกุล อาชีพ

มารดาของผู้สมัคร ☐ มรณะ ☐ มีชีวิตอยู่ อายุ ปี

ชื่อ-นามสกุล อาชีพ

ประวัติการศึกษา (กรอกประวัติโดยเริ่มจากอดีตจนถึงปัจจุบัน)

ระดับการศึกษา	สาขาวิชา	สถาบันการศึกษา	ปีที่ศึกษา	เกรด
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				

ประวัติการทำงาน (กรอกประวัติโดยเริ่มจากอดีตถึงปัจจุบัน)

1. สถานที่ทำงาน

ที่ตั้ง

โทรศัพท์ โทรสาร

ตำแหน่ง

ลักษณะงาน โดยย่อ

.....

ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง ปี ตั้งแต่ ถึง

รายได้ (ค่าตอบแทน) สาเหตุที่ออก

2. สถานที่ทำงาน

ที่ตั้ง

โทรศัพท์ โทรสาร

ตำแหน่ง

ลักษณะงาน โดยย่อ

.....

ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง ปี ตั้งแต่ ถึง

รายได้ (ค่าตอบแทน) สาเหตุที่ออก

3. สถานที่ทำงาน

ที่ตั้ง

โทรศัพท์ โทรสาร

ตำแหน่ง

ลักษณะงาน โดยย่อ.....

ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง ปี ตั้งแต่ ถึง

รายได้ (ค่าตอบแทน) สาเหตุที่ออก

ประวัติการฝึกอบรม/สัมมนา/ดูงาน/ เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งงานที่สมัคร

ชื่อหลักสูตร	สถาบันที่อบรม	จัดโดย	ระยะเวลา
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

ความรู้ความสามารถพิเศษ

ความรู้ด้านภาษา โปรดระบุ (ดีมาก ดี พอใช้) ภาษาอังกฤษ ภาษาจีน

ภาษาญี่ปุ่น อื่นๆ (ระบุ)

ความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์ (ระบุโปรแกรมที่ถนัด เช่น Microsoft Excel เป็นต้น)

.....

ความสามารถอื่น ๆ

.....

.....

.....

ความสามารถด้านกีฬา

งานอดิเรก

บุคคลอ้างอิง 1 (หัวหน้างาน หรือผู้เคยปฏิบัติงานใกล้ชิดที่สามารถรับรองการปฏิบัติงานของท่านได้)

ชื่อ-นามสกุล

ตำแหน่ง หน่วยงาน

อาชีพ ความสัมพันธ์

ที่อยู่ทำงานหรือที่บ้าน

โทรศัพท์ โทรสาร มือถือ

บุคคลอ้างอิง 2

ชื่อ-นามสกุล

ตำแหน่ง หน่วยงาน

อาชีพ ความสัมพันธ์

ที่อยู่ทำงานหรือที่บ้าน

โทรศัพท์ โทรสาร มือถือ

บุคคลที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน

ชื่อ-นามสกุล
ความสัมพันธ์ อาชีพ
ที่อยู่
โทรศัพท์ โทรสาร มือถือ
E-Mail Address

ทั้งนี้ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2565 กรมควบคุมโรค ให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและการปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล โดยสำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ จะดูแลรักษาข้อมูลส่วนบุคคลและจัดให้มีมาตรการรักษาความมั่นคงปลอดภัยที่เหมาะสม โดยจัดเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ เพื่อนำมาใช้สำหรับการสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อจัดจ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราวจากเงินช่วยเหลือจากต่างประเทศ ในสังกัด สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ เท่านั้น

หากท่านได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ ถือว่าท่านรับทราบข้อความตามที่ปรากฏ พร้อมส่งเอกสารประกอบการขอสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อจัดจ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราวจากเงินช่วยเหลือจากต่างประเทศ ในสังกัดกองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และได้ลงลายมือชื่อไว้ ณ ท้ายเอกสารฉบับนี้ เพื่อยินยอมให้สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ นำข้อมูลของท่านไปประกอบการรับสมัครเพื่อเข้ารับการคัดเลือกต่อไป

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม
(.....)
วันที่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า “ข้อความที่เขียนข้างต้นเป็นความจริง หากสำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ ตรวจสอบแล้วพบว่าข้อความใดเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินดีสละสิทธิ หรือหากข้าพเจ้าได้รับการจัดจ้างแล้ว ข้าพเจ้ายินดีลาออก หรือให้เลิกจ้าง โดยไม่เรียกร้องค่าชดเชยหรือค่าเสียหายใด ๆ จากหน่วยงาน”

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)
วันที่

***หมายเหตุ : เอกสารประกอบการรับสมัครทุกชนิด ให้ผู้สมัครลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องไว้ทุกฉบับ