

แบบฟอร์มสมัคร

สมัครในตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานที่.....

เงินเดือนที่ต้องการ เวลาปฏิบัติงานที่ยอมรับได้ ☐ เวลาปกติ ☐ ทำงานแบบกะหรือผลัด

ทราบการสมัครงานจาก ☐ บุคคลภายในโรงพยาบาล ☐ บุคคลภายนอกโรงพยาบาล ☐ อินเทอร์เน็ต

☐ บอร์ดประกาศรับสมัครงาน ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ประวัติส่วนตัว

คำนำหน้าชื่อ นาย/นาง/นางสาว ชื่อ.....นามสกุล.....

ยศหรือตำแหน่ง(หากมี).....วัน/เดือน/ปีที่เกิด.....

อายุ.....ปี จังหวัดที่เกิด.....ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....ก.ก.

กลุ่มเลือด.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ คู่สมรสถึงแก่กรรม ☐ หย่า ☐ แยกกันอยู่ จำนวนบุตรผู้สมัครงาน.....คน

สถานภาพทหาร ☐ ได้รับผ่อนผัน ☐ ทหารกองเกิน ☐ รอเกณฑ์ทหาร ☐ รับราชการทหารแล้ว ☐ เรียน ร.ด.

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่..... E-mail.....

ชื่อ-สกุลบิดา.....อายุ.....อาชีพ.....โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

ชื่อ-สกุลมารดา.....อายุ.....อาชีพ.....โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

ท่านเป็นบุตรคนที่.....จากพี่น้องทั้งหมดจำนวน.....คน เป็นชาย.....คน เป็นหญิง.....คน

ชื่อ-สกุลคู่สมรส.....อายุ.....อาชีพ.....โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

บ้านที่อาศัยอยู่เป็น ☐ บ้านส่วนตัว ☐ บ้านเช่า อาศัยอยู่กับ.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีเร่งด่วน.....ความสัมพันธ์.....โทร.....

ประวัติการศึกษา					
วุฒิการศึกษา	ระยะเวลาการศึกษา		ชื่อสถาบัน	สาขา	เกรด/ ผลการเรียน
	ว/ด/ป ที่เริ่ม	ว/ด/ป ที่จบ			
ม.ต้น					
ม.ปลาย					
ป.ตรี					
ป.โท					
ป.เอก					
อื่นๆ.....					
อื่นๆ.....					

ประวัติการทำงาน					
ชื่อหน่วยงาน/ สถานที่ทำงาน	ระยะเวลาการทำงาน		เงินเดือนล่าสุด	ชื่อตำแหน่ง/ลักษณะงานที่ทำ	สาเหตุที่ลาออก
	ว/ด/ป ที่เริ่ม	ว/ด/ป ที่สิ้นสุด			

ทักษะความสามารถ ต่างๆ

ทักษะพิมพ์ดีดภาษาไทย.....คำ/นาที ภาษาอังกฤษ.....คำ/นาที

โปรแกรมที่ใช้งานได้ 1..... 2..... 3.....

4..... 5..... 6.....

ความสามารถในการใช้ภาษา (ระดับของความสามารถ เช่นดีมาก/ปานกลาง/พอใช้/ไม่ได้)

ภาษาอังกฤษ

ฟัง..... พูด..... อ่าน..... เขียน.....

ภาษาอื่นๆ

ฟัง..... พูด..... อ่าน..... เขียน.....

งานอดิเรก

1. 2.

กีฬาโปรดปราน

1. 2.

ความสามารถพิเศษ

1. 2.

ประวัติด้านอื่นๆ

ท่านเคยมีคดีฟ้องร้องต่อศาลและ/หรืออยู่ระหว่างพิจารณาคดีหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ.....

ท่านเคยถูกศาลพิพากษา ถึงที่สุดให้เป็นบุคคลล้มละลายหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....

ท่านเคยต้องรับโทษโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุกเพราะกระทำความผิดทางอาญาเว้นแต่เป็นโทษจากความประมาทหรือ
ลหุโทษหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....

ท่านเคยโดนไล่ออกจากที่ทำงานใดหรือถูกเลิกจ้าง โดยมีความผิดมาก่อนหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....

ท่านมีโรคประจำตัวหรือมีความทุพพลภาพร่างกายหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....

ท่านยินยอมหรือไม่ หากสถาบันฯ เห็นควรโอนย้ายท่านไปทำงานยังหน่วยงานอื่นภายในสถาบันฯ ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ท่านสุขุมหรืออยู่ในระดับใด ☐ ไม่สุขุมเลย ☐ นานๆ ครั้ง ☐ สุขก็ได้ไม่สุขก็ได้ ☐ สุขก็ได้ไม่สุขก็ได้ ☐ สุขเมื่ออยู่ว่างๆ

☐ สุขทุกวันอย่างน้อย.....มวน/วัน

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่คุณดื่มเป็นประจำ(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ ยาตอง/เหล้าขาว ☐ เบียร์ ☐ เหล้า ☐ พันซ์

☐ ไวน์/แชมเปญ ☐ ไม่ดื่มเลย

ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในโอกาสใด (เลือกมากกว่า 1 ข้อ) ☐ งานเลี้ยงตามวาระต่างๆ ☐ สังสรรค์ทุกสิ้นเดือน

☐ ไปเที่ยวกับเพื่อนวันหยุดสุดสัปดาห์ ☐ พักผ่อนหลังเลิกงานประจำวัน ☐ อื่นๆ

ผู้สมัครเคยมาฝึก elective ณ กลุ่มงานประสาทศัลยศาสตร์หรือไม่ ☐ เคย จำนวน.....วัน ☐ ไม่เคย

หลักฐานที่นำมาประกอบการพิจารณาแล้ว คือ

☐ สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (รับรองเอกสาร)

☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (รับรองเอกสาร)

☐ สำเนาวุฒิบัตร แสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ด้านประสาทศัลยศาสตร์

☐ จดหมายแนะนำ (Recommendation) **ผู้บังคับบัญชา และ/หรือ บุคลากรทางการแพทย์**

☐ อื่น ๆ ระบุ

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้น รวมทั้งเอกสารแนบทุกฉบับที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ เป็นความจริงทุกประการและยินยอมให้ตรวจสอบ หากภายหลังสถาบันประสาทวิทยา พบว่ามีข้อมูลใดเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้สถาบันฯ ยกเลิกจ้างและไม่จ่ายค่าชดเชยใดทั้งสิ้น รวมทั้งจะถูกดำเนินการในเรื่องความผิดทางวินัยด้วย

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่...../...../.....

สามารถสแกนไฟล์ เอกสารเป็น PDF (แบบฟอร์มใบเตรียมสมัคร และ หลักฐานที่นำมาประกอบการพิจารณา)

ส่งมายัง E-mail: neurosurgery@nit.go.th ภายในวันที่ 5 มีนาคม 2568 และนำเอกสารตัวจริงมาในวันที่ทำการทดสอบความรู้พื้นฐาน

ในวันที่ 12 มีนาคม 2568

สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ กลุ่มงานประสาทศัลยศาสตร์ 02-3069818 หรือ 02-3069899 ต่อ 2399 ในเวลาราชการเท่านั้น