



ใบสมัครแพทย์ / พยาบาล

Application Form

วันที่.....

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สมัคร (Personal Information)

ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว.....

Mr. / Mrs. / Miss. ....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/การพยาบาล.....ปี พ.ศ. ....

ประสงค์สมัครในตำแหน่ง (Position)  แพทย์ประจำ (Full Time) สาขา.....

แพทย์บางเวลา (Part Time) สาขา.....

พยาบาลประจำ (Full Time) สาขา.....

พยาบาลบางเวลา (Part Time) สาขา.....

วันเดือนปีเกิด (DD-MM-YY).....อายุ (Age).....ปี เพศ  ชาย (Male)  หญิง (Female)

สัญชาติ (Nationality) .....เชื้อชาติ (Race) ..... ศาสนา (Religion).....

สถานภาพ  สมรส  โสด  หย่า  หม้าย ที่อยู่ปัจจุบัน (Current Address) บ้านเลขที่ .....หมู่ที่.....

หมู่บ้าน/Condo..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทร. (Tel.)..... มือถือ (Mobile) .....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ID No.             ออกให้โดย.....

วันออกบัตร...../...../..... วันหมดอายุ...../...../..... E- Mail .....

ประวัติการศึกษา (Education)

ระดับการศึกษา Educational Level	สถาบันการศึกษา Institution	สาขาวิชา Major	ตั้งแต่ From	ถึง To
ปริญญาตรี Bachelor Degree				
ปริญญาโท Master Degree				
วุฒิบัตร/ อนุมัติบัตร Certificate				
อื่น ๆ Others				



ประวัติการทำงาน เรียงลำดับก่อน – หลัง (Experience)

สถานที่ทำงาน Company	ระยะเวลา Time		ตำแหน่งงาน Position	แผนก Location
	เริ่ม From	ถึง To		

ทักษะภาษา (Language Skill)

ภาษา Language	พูด (Speaking)			เขียน (Writing)			อ่าน (Reading)		
	ดี	ปานกลาง	พอใช้	ดี	ปานกลาง	พอใช้	ดี	ปานกลาง	พอใช้
	Good	Fail	Poor	Good	Fail	Poor	Good	Fail	Poor
ภาษาไทย Thai									
ภาษาอังกฤษ English									
ภาษาญี่ปุ่น Japan									
อื่น ๆ Other									

ประวัติครอบครัว (Family Information)

ชื่อ Name	อายุ (ปี) Age	วัน/เดือน/ปีเกิด Birth Date	ความสัมพันธ์ Relationship



ความสามารถพิเศษ (Special Ability)

คอมพิวเตอร์	:	<input type="checkbox"/> ไม่ได้	<input type="checkbox"/> ได้
Computer	:	No	Yes (Please Mention).....
งานอดิเรก	:	ระบุ	
Hobbies	:	Please Mention.....	
กีฬาที่ชื่นชอบ	:	ระบุ	
Favorite Sport	:	Please Mention.....	
อื่น ๆ	:	ระบุ	
Others	:	Please Mention.....	

บุคคลที่ติดต่อกรณีเร่งด่วน (Emergency Contact Person)

ชื่อ (Name)..... ความสัมพันธ์ (Position) .....  
 โทรศัพท์ (Phone Number).....

บุคคลอ้างอิง (Reference Person)

ชื่อ (Name)..... ความสัมพันธ์ (Position) .....  
 โทรศัพท์ (Phone Number)..... หน่วยงาน.....

**Professional Liability Actions.**

1. ท่านเคยถูกพิจารณาความผิดทางวิชาชีพใด ๆ หรือไม่

Have any professional liability judgments ever been entered against you?

เคย (Yes)  ไม่เคย (No)
2. ท่านหรือตัวแทนเคยชำระค่าใช้จ่ายใด ๆ อันเกิดจากการเรียกร้องความผิดทางวิชาชีพหรือไม่

Have and professional liability claim settlements been paid by you and/or paid on your behalf?

เคย (Yes)  ไม่เคย (No)
3. ขณะนี้ท่านอยู่ในกระบวนการพิจารณาความผิดทางวิชาชีพใด ๆ หรือไม่

Are there any currently pending professional liability suits, action and/or claims filed against you?

เคย (Yes)  ไม่เคย (No)
4. เคยมีใครฟ้องร้องท่านในเรื่องที่เกี่ยวกับการรักษาหรือไม่

Has any person or entity ever been sued for your clinical action?

เคย (Yes)  ไม่เคย (No)



**Criminal action**

1. ท่านเคยถูกดำเนินคดีก่อความผิดอาญาร้ายแรงใดหรือไม่

Have you been charged with or convicted a crime (other than a minor traffic offense) in this or any other state or country and/or do you have any criminal charge pending other than minor traffic offenses in this state or country?

เคย (Yes)

ไม่เคย (No)

2. ท่านเคยได้รับการร้องเรียนทางแพ่งหรืออาญาใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการล่วงละเมิดทางเพศ การทารุณกรรมเด็ก การก่อความรุนแรง หรือการร้องเรียนทางแพ่งหรือทางอาญาอื่น ๆ หรือไม่

Have you been the subject of civil or criminal complaint or administrative action or been notified in writing that you are being investigated as the possible subject at a civil, criminal or administrative action regarding sexual misconduct, child abuse, domestic violence or others?

เคย (Yes)

ไม่เคย (No)

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งสำเนาเอกสารประกอบการสมัครดังนี้

- 1. สำเนาบัตรประชาชน 2 ฉบับ
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน 2 ฉบับ
- 3. สำเนาใบประกอบวิชาชีพ 2 ฉบับ
- 4. สำเนาใบวุฒิบัตร / อนุมัติบัตร 2 ฉบับ
- 5. สำเนาใบปริญญาบัตร 2 ฉบับ

- 6. สำเนาการอบรม ACLS/BLS 2 ฉบับ
- 7. สำเนาการอบรมหลักสูตรอื่น ๆ (ถ้ามี)
- 8. สำเนาหน้าสมุดรายนามไทยพาณิชย์ 2 ฉบับ
- 9. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว 2 รูป

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวทั้งหมดในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามข้อตกลงและกฎระเบียบของบริษัทที่มีอยู่ในปัจจุบัน และที่จะมีในภายหน้าทุกประการ หากบริษัท พงศ์ศักดิ์คลินิกเวชกรรม จำกัด สืบทราบภายหลังว่าข้อความในใบสมัครงานเอกสารที่นำมาแสดง หรือรายละเอียดที่ให้ไว้ไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท พงศ์ศักดิ์คลินิกเวชกรรม จำกัด เพิกถอนสิทธิในการเข้าร่วมทำงานได้ตลอดเวลา ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัทฯ ตรวจสอบวุฒิการศึกษา การอบรมต่าง ๆ ใบวุฒิบัตร หรืออนุวุฒิบัตรได้

.....  
 (.....)

ลายมือชื่อผู้สมัคร

Applicants signature

.....  
 (.....)

ผู้ตรวจสอบเอกสาร

วันที่...../...../.....