



### 3. ประวัติการศึกษา

ระดับการศึกษา	ปีที่ศึกษาจาก _____ ถึง _____	คุณวุฒิที่ได้รับ	สถาบันการศึกษา
ประถมศึกษา			
มัธยมศึกษาตอนต้น			
มัธยมศึกษาตอนปลาย			
ปวช.			
ปวส./ปวท.			
ปริญญาตรี			
อื่นๆ _____			

ความรู้ ความสามารถอื่น ๆ

3.1 คอมพิวเตอร์ ระบุโปรแกรม \_\_\_\_\_

3.2 พิมพ์ดีดไทย \_\_\_\_\_ คำ/นาที พิมพ์ดีดอังกฤษ \_\_\_\_\_ คำ/นาที

3.3 อื่น ๆ \_\_\_\_\_

### 4. ประสบการณ์การทำงาน

ชื่อสถานที่ทำงาน	หน้าที่ความรับผิดชอบ	เวลา.....ปี	สาเหตุที่ออก

5. อื่น ๆ

5.1 ท่านเคยเจ็บป่วยถึงขั้นเข้าโรงพยาบาลเมื่อ \_\_\_\_\_ เป็นโรค \_\_\_\_\_

5.2 โรคประจำตัว (ถ้ามี) \_\_\_\_\_

5.3 เคยต้องโทษคดีแพ่ง หรือ คดีอาญา  เคย  ไม่เคย

5.4 ท่านมีผู้รู้จักในโรงพยาบาลนาน คือ \_\_\_\_\_ เกี่ยวข้องเป็น \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ หากปรากฏ  
ภายหลังว่าข้อความที่ข้าพเจ้าแจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ส่วนราชการมีสิทธิจะยกเลิกการจ้างข้าพเจ้าได้  
ทันที

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_ ผู้สมัคร

( \_\_\_\_\_ )

วันที่สมัคร \_\_\_\_\_

## 6. ผู้รับรองความประพฤติ

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ อยู่บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_  
ตำบล \_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีความประพฤติดี ไม่เล่นการพนันทุกชนิด ไม่สูบบุหรี่ ไม่เสพยาเสพติดทุกชนิด และไม่ดื่มสุรา/ของมึนเมาทุกชนิด

ข้าพเจ้าขอให้คำมั่นสัญญาว่า หากข้าพเจ้ามีพฤติกรรมผิดแปลกจากที่กล่าวมาข้างต้น หรือมีความประพฤติไม่เรียบร้อย ไม่ตั้งใจปฏิบัติงาน ไม่ขยันอุตสาหกรรม ไม่เชื่อฟังผู้บังคับบัญชา ขาดคุณธรรมในเรื่องความสามัคคีระหว่างเพื่อนร่วมงานและผู้อื่น แสดงกริยากระด้างกระเดื่องต่อผู้บังคับบัญชาทุกระดับด้วยกาย หรือวาจา ข้าพเจ้ายินดีให้โรงพยาบาลน่านพิจารณาให้ออกโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบ

จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_ ผู้สมัคร  
( \_\_\_\_\_ )  
วันที่สมัคร \_\_\_\_\_

## 7. แผนผังที่อยู่ของผู้สมัคร (วาดแผนผังโดยสังเขป จากโรงพยาบาลน่านไปบ้านผู้สมัคร)



## หนังสือยินยอมให้ตรวจสอบประวัติบุคคล

เขียนที่ โรงพยาบาลน่าน เลขที่ 1

ถนนรวิชัย นน 55000

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ (ระบุ.....) ชื่อ.....นามสกุล.....  
เลขบัตรประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ยินยอมให้โรงพยาบาลน่าน ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่ตั้งอยู่ที่ เลขที่ 1 ถนนรวิชัย นน 55000  
ทั้งนี้เป็นหน่วยงานของรัฐที่ข้าพเจ้าได้สมัครงาน มีสิทธิ์ในการดำเนินการใดๆ ในการตรวจสอบประวัติ  
ของข้าพเจ้า ณ ศาลจังหวัด กงทะเบียนประวัติอาชญากร และสำนักงานพิสูจน์หลักฐานตำรวจ รวมถึง  
การจัดเก็บข้อมูล และลายพิมพ์นิ้วมือของข้าพเจ้า พร้อมทั้งยินยอมให้กองทะเบียนประวัติอาชญากร  
และสำนักงานพิสูจน์หลักฐานตำรวจ เปิดเผยข้อมูลประวัติของข้าพเจ้า แก่หน่วยงานของรัฐเพื่อใช้ตามอำนาจ  
หน้าที่ของหน่วยงานของรัฐแห่งนั้นที่ข้าพเจ้าได้สมัครงาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม  
(.....)

หมายเหตุ กรุณากรอกรายละเอียดให้ครบทุกช่อง