



รูปถ่าย¹
ขนาด ๑ นิ้ว

ใบสมัครคนพิการเพื่อการสรรหาและการเลือกสรรเป็นพนักงานราชการทั่วไป
หน่วยงานที่สมัครสอบ สำนักงานสาธารณสุขภาค ๑

เลขประจำตัวสอบ

๑. ตำแหน่งที่รับสมัครคือ ตำแหน่งพนักงานภาชีสาธารณสุข
 ๒. ชื่อ..... นามสกุล..... เพศ.....
 ๓. วัน เดือน ปี เกิด.....เดือน.....พ.ศ.....(อายุ.....ปี.....เดือน) (อายุต้องไม่ต่ำกว่า ๑๕ ปีบังสิบวันปีครับสมัคร)
เลขประจำตัวประชาชน.....ออกให้ ณ จังหวัด.....
เลขประจำตัวคนพิการ.....ประเภทความพิการ.....
 ๔. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....อาคาร.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ (บ้าน/เคลื่อนที่).....E-mail.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ (สำหรับส่งหนังสือเรียกให้มารายงานตัว)
เลขที่.....อาคาร.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 ๕. วุฒิการศึกษาที่ใช้สมัครสอบ คือ.....
สาขาวิชาเอก.....
โดยได้รับอนุมัติจากสถานศึกษาชื่อ..... เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
(ภายในวันที่ปิดรับสมัคร คือวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๒) ได้คะแนนเฉลี่ยสะสม.....
 ๖. อาชีพปัจจุบัน.....
สถานที่ทำงาน..... กอง/สำนัก/อื่นๆ.....
ตำแหน่ง..... อัตราเงินเดือน..... บาท
- ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นนี้ เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้ามีคุณสมบัติทั่วไป ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในข้อ ๔ แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยพนักงานราชการ พ.ศ. ๒๕๔๗ และมีคุณสมบัติเฉพาะ สำหรับตำแหน่งที่สมัครตรงตามประกาศรับสมัคร
- ทั้งนี้ หากมีการตรวจสอบเอกสารหรือคุณวุฒิในภายหลัง ปรากฏว่า ข้าพเจ้าไม่มีคุณสมบัติตรงตามประกาศรับสมัคร ให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครครั้งนี้ และข้าพเจ้าจะไม่ใช้สิทธิเรียกร้องใดๆทั้งสิ้น และหากข้าพเจ้าแจ้งใจกรอกข้อมูลอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานแจ้งข้อความอันเป็นเท็จต่อเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๑๓๗

ลงลายมือชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.