



ประวัติการศึกษา

| ระดับ       | ชื่อสถานศึกษา | คุณวุฒิที่ได้รับ | สาขาวิชา | ปี พ.ศ. |
|-------------|---------------|------------------|----------|---------|
| ประถมศึกษา  |               |                  |          |         |
| มัธยมศึกษา  |               |                  |          |         |
| อาชีวศึกษา  |               |                  |          |         |
| มหาวิทยาลัย |               |                  |          |         |
| อื่นๆ       |               |                  |          |         |

ความสามารถพิเศษ

- คอมพิวเตอร์ .....
- พิมพ์ดีด ไทย นาฬิกา .....คำ อังกฤษ นาฬิกา .....คำ
- รถยนต์ ใบอนุญาต เลขที่ ..... ออกที่จังหวัด .....วันที่หมดอายุ .....
- รถจักรยานยนต์ ใบอนุญาต เลขที่ ..... ออกที่จังหวัด .....วันที่หมดอายุ .....
- รถโฟล์คคิลท์  มีใบรับรอง  ไม่มีใบรับรอง
- ความสามารถทางภาษา  ภาษาอังกฤษ  ภาษาจีน  ภาษาอื่นๆ ระบุ.....
- ความสามารถอื่น ๆ ระบุ.....

ประวัติการทำงาน ( เริ่มจากงานปัจจุบัน )

| 1.ชื่อ-ที่อยู่บริษัท                                  | วัน เดือน ปี   |  | ตำแหน่ง/หน้าที่                                     |  | เงินเดือน |  |
|---|----------------|--|---|--|-----------|--|
| ชื่อ  | เข้า           |  | เข้า  |  | เข้า      |  |
| ที่อยู่   | ออก            |  | ออก   |  | ออก       |  |
| ประเภทธุรกิจ  | เหตุผลการลาออก |  |   |  |           |  |
| ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ                                 | เบอร์โทรศัพท์  |  |   |  |           |  |
| <input type="checkbox"/> มีอุปกรณ์ป้องกันอันตราย ระบุ |                |  | <input type="checkbox"/> ไม่มีอุปกรณ์ป้องกันอันตราย |  |           |  |
| 2.ชื่อ-ที่อยู่บริษัท                                  | วัน เดือน ปี   |  | ตำแหน่ง/หน้าที่                                     |  | เงินเดือน |  |
| ชื่อ  | เข้า           |  | เข้า  |  | เข้า      |  |
| ที่อยู่   | ออก            |  | ออก   |  | ออก       |  |
| ประเภทธุรกิจ  | เหตุผลการลาออก |  |   |  |           |  |
| ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ                                 | เบอร์โทรศัพท์  |  |   |  |           |  |
| <input type="checkbox"/> มีอุปกรณ์ป้องกันอันตราย ระบุ |                |  | <input type="checkbox"/> ไม่มีอุปกรณ์ป้องกันอันตราย |  |           |  |
| 2.ชื่อ-ที่อยู่บริษัท                                  | วัน เดือน ปี   |  | ตำแหน่ง/หน้าที่                                     |  | เงินเดือน |  |
| ชื่อ  | เข้า           |  | เข้า  |  | เข้า      |  |
| ที่อยู่   | ออก            |  | ออก   |  | ออก       |  |
| ประเภทธุรกิจ  | เหตุผลการลาออก |  |   |  |           |  |
| ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ                                 | เบอร์โทรศัพท์  |  |   |  |           |  |
| <input type="checkbox"/> มีอุปกรณ์ป้องกันอันตราย ระบุ |                |  | <input type="checkbox"/> ไม่มีอุปกรณ์ป้องกันอันตราย |  |           |  |

ประวัติการฝึกอบรม/ดูงาน/ฝึกงาน

| ชื่อหลักสูตร | สถาบัน/สถานที่ | ระยะเวลา |
|--------------|----------------|----------|
|              |                |          |
|              |                |          |
|              |                |          |

**ประวัติสุขภาพ/ข้อมูลอื่น ๆ**

1. ท่านมีญาติ เพื่อน หรือ คนรู้จัก ทำงานที่บริษัทฯ นี้หรือไม่  ไม่มี  มี โปรดระบุ.....
2. บุคคลที่ทางบริษัทฯ จะติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน ชื่อ-นามสกุล..... ความสัมพันธ์..... ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
3. บุคคลที่สามารถอ้างอิงถึงความสามารถของท่านได้ ชื่อ-นามสกุล..... ตำแหน่ง..... ชื่อบริษัท/สถานที่ทำงาน..... เบอร์โทรศัพท์.....
4. ท่านเคยเจ็บป่วย / ได้รับการผ่าตัด / หรือได้รับอุบัติเหตุ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่  ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....
5. ท่านมีโรคประจำตัว / โรคเรื้อรัง หรือ ร่างกายส่วนใดพิการ/ทุพพลภาพ หรือไม่ เช่น ภูมิแพ้ หอบหืด โรคหัวใจ ไส้เหล็ก กระดูกหัก เป็นต้น  ไม่มี  มี โปรดระบุ.....
6. สมาชิกในครอบครัวมีโรคประจำตัวหรือไม่  ไม่มี  มีความสัมพันธ์..... โรค.....
7. ท่านเคยถูกศาลพิพากษาตัดสินลงโทษหรือ เคยทำผิดทางอาญาหรือไม่  ไม่เคย  เคย โปรดระบุ.....
8. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่  ไม่สูบ  สูบบางครั้ง  สูบประจำ .....มวน/วัน  เลิกสูบแล้ว.....วัน/เดือนปี
9. ท่านดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่  ไม่ดื่ม  ดื่บบางครั้ง  ดื่มประจำ  เลิกดื่มแล้ว.....วัน/เดือนปี
10. ท่านสามารถทำงานตามเวลาที่กำหนดเป็นกะ และตกลงทำงานล่วงเวลาในกรณีมีเหตุจำเป็น หรือเร่งด่วนได้หรือไม่  ได้  ไม่ได้
11. ท่านสามารถเดินทางไปปฏิบัติงานต่างจังหวัดหรือต่างประเทศได้หรือไม่  ได้  ไม่ได้
12. งานอดิเรกของท่านคือ.....

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่า :**

1. ข้อความข้างต้น และหลักฐานต่าง ๆ ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ และหากข้าพเจ้าได้รับการพิจารณาเข้าทำงาน บริษัทฯ ตรวจสอบว่าข้อมูลที่ให้ไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินดีให้บริษัทยกเลิกสัญญาจ้างของข้าพเจ้าได้ทันที โดยข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนหรือเงินชดเชยใด ๆ ทั้งสิ้นจากบริษัทฯ
2. ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับการทำงานของบริษัทฯ ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันและภายหน้าอย่างเคร่งครัด หากข้าพเจ้าฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามที่กล่าวมา ข้าพเจ้ายินยอม ให้บริษัทฯ ยกเลิกสัญญาจ้างของข้าพเจ้าได้ทันที

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

**สำหรับบริษัทฯ**

|   |  |
|---|--|
| <p><b>การอนุมัติว่าจ้าง :</b> <input type="checkbox"/> พนักงานชั่วคราว</p> <p>ตั้งแต่วันที่ ..... อัตราค่าจ้าง ..... บาท/วัน/เดือน</p> <p>ตำแหน่ง/หน้าที่ ..... แผนก/ฝ่าย .....</p> <p>ลงชื่อ ..... ผู้อนุมัติ</p> <p>หัวหน้างาน/ผู้จัดการ</p> <p>...../...../.....</p> | <p><input type="checkbox"/> พนักงานประจำ (ทดลองงาน)</p> <p>ลงชื่อ ..... ผู้อนุมัติ</p> <p>รองกรรมการ/กรรมการผู้จัดการ</p> <p>...../...../.....</p> |
|---|--|