

องค์การเภสัชกรรม  
(THE GOVERNMENT PHARMACEUTICAL ORGANIZATION)

คิดรูปถ่าย  
ขนาด 1 นิ้ว

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ตำแหน่งงานที่สมัคร.....สังกัด.....

(ผู้สมัคร โปรดกรอรายละเอียดด้วยตนเอง)

ประวัติส่วนตัว

- ชื่อ  นาย  นาง  นางสาว .....นามสกุล.....  
Name  Mr.  Mrs.  Miss.....Family name.....
- หมู่โลหิต  A  B  AB  O Rh  Positive  Negative
- วัน/ เดือน/ ปีเกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน.....
- สัญชาติ.....ศาสนา.....
- บิดา (ชื่อ-สกุล).....อาชีพ.....  
มารดา (ชื่อ-สกุล).....อาชีพ.....
- ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....  
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....อยู่ในห้องที่สถานีตำรวจ.....
- เลขประจำตัวประชาชน.....วันออกบัตร.....บัตรหมดอายุ.....
- สถานภาพทางครอบครัวปัจจุบัน  โสด  สมรส  หย่าร้าง  หม้าย  
 แยกกันอยู่  อื่น ๆ (ระบุ).....
- ชื่อคู่สมรส.....อาชีพ.....ทะเบียนสมรสเลขที่.....
- มีบุตรจำนวน .....คนไม่มี
- การอุปสมบท  ไม่เคยอุปสมบท  อุปสมบทแล้ว เมื่อ.....
- เคยต้องโทษ  ไม่เคย  เคยต้องโทษ ฐานความผิด.....
- เคยถูกจับกุมหรือถูกควบคุมตัว ชั้นพนักงานสอบสวน  ไม่เคย  เคยต้องโทษ ข้อหา.....
- การเป็นสมาชิกหรือเคยทำงานในชมรมการเมือง.....
- ประวัติการแพ้ยา.....
- สหายตา  บอดสี  สั้น/ยาว  ปกติ  อื่น ๆ (ระบุ).....
- ชื่อ/ที่อยู่บุคคลที่สามารถติดต่อ/อ้างอิงได้.....  
.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องกับ.....

**ประวัติการศึกษา ฝึกอบรม**

1. วุฒิการศึกษาที่ใช้ในการสมัครงานครั้งนี้.....สาขา.....  
จากสถาบัน..... พ.ศ.....เกรดเฉลี่ย.....
2. สำเร็จการศึกษาสูงสุด คุณวุฒิ.....สาขา.....  
จากสถาบัน..... ปี พ.ศ.....
3. กำลังศึกษาอยู่ระหว่างศึกษาเพิ่มเติม  ไม่มี  มี หลักสูตร.....  
สาขาวิชา.....สถาบันการศึกษา.....  
การอบรมหลักสูตรต่างๆ เพิ่มเติม  
.....  
.....  
.....

**คุณสมบัติพิเศษ**

1. ด้านคอมพิวเตอร์  Microsoft office  Office Tle  Webpage .....  
 อื่นๆ (ระบุ).....
2. ภาษต่างประเทศ (ระบุ ดี/พอใช้)  อังกฤษ พูด.....อ่าน.....เขียน.....  
 อื่นๆ พูด.....อ่าน.....เขียน.....
3. ขับรถยนต์  ได้  ไม่ได้ ใบอนุญาตขับขี่  มี  ไม่มี  
ขับขี่จักรยานยนต์  ได้  ไม่ได้ ใบอนุญาตขับขี่  มี  ไม่มี
4. ความสามารถ ทักษะ หรือความเชี่ยวชาญพิเศษ .....
5. งานอดิเรกยามว่าง.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นและหลักฐานที่นำมาใช้ในการสมัคร เป็นข้อมูลและหลักฐาน  
ที่ถูกต้องตรงความจริงทุกประการ หากปรากฏว่ามีส่วนหนึ่งส่วนใดไม่ถูกต้องข้าพเจ้ายินยอมให้องค์การ  
เภสัชกรรม เพิกถอนสิทธิในการพิจารณาหรือเลิกจ้างแม้ว่าจะได้รับการบรรจุหรือจ้างเข้าปฏิบัติงานแล้วก็ตาม

ลงนามผู้สมัคร.....  
...../...../.....

ลงนามเจ้าหน้าที่รับสมัคร.....  
...../...../.....

องค์การเภสัชกรรม  
ข้อมูลรายละเอียดประวัติการทำงาน

ข้าพเจ้า.....สำเร็จการศึกษาระดับ.....  
สาขาวิชา.....มีความประสงค์จะสมัครเข้าทำงานกับองค์การเภสัชกรรม  
ในตำแหน่ง.....สังกัด.....  
รายละเอียดเกี่ยวกับประสบการณ์ในการทำงานของข้าพเจ้า มีดังนี้

1.  ยังไม่เคยทำงานที่ใดมาก่อน เนื่องจาก.....

2.  มีประสบการณ์ในการทำงานมาแล้วดังนี้ (หากเคยทำงานมากกว่า 1 แห่ง ให้กรอกรายละเอียด  
ตามลำดับจากครั้งหลังสุดก่อน)

2.1 สถานที่ทำงาน.....

ตั้งอยู่เลขที่.....ถนน.....ตำบล / แขวง.....

อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....

ระยะเวลาที่เริ่มเข้าทำงาน ตั้งแต่ปี พ.ศ.....ถึง.....

ตำแหน่ง / สังกัดก่อนออก.....อัตราเงินเดือน.....บาท

หน้าที่ / ลักษณะงานที่ปฏิบัติ.....

2.2 สถานที่ทำงาน.....

ตั้งอยู่เลขที่.....ถนน.....ตำบล / แขวง.....

อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....

ระยะเวลาที่เริ่มเข้าทำงาน ตั้งแต่ปี พ.ศ.....ถึง.....

ตำแหน่ง / สังกัดก่อนออก.....อัตราเงินเดือน.....บาท

หน้าที่ / ลักษณะงานที่ปฏิบัติ.....

2.3 สถานที่ทำงาน.....

ตั้งอยู่ เลขที่.....ถนน.....ตำบล / แขวง.....

อำเภอ/ เขต.....จังหวัด.....

ระยะเวลาที่เริ่มเข้าทำงาน ตั้งแต่ปี พ.ศ.....ถึง.....

ตำแหน่ง/ สังกัดก่อนออก.....อัตราเงินเดือน.....บาท

หน้าที่/ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ.....

ทั้งนี้  ได้มอบหนังสือรับรองการผ่านงานไว้เป็นหลักฐาน

ไม่ได้มอบหนังสือรับรองการผ่านงาน

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

...../...../.....