

ชำระค่าสมัคร..... บาท ใบสำคัญเล่มที่ เลขที่
ลงวันที่ แล้ว เจ้าหน้าที่

เลขที่ พรต.

ใบสมัครพนักงานมหาวิทยาลัยเงินรายได้ สังกัดคณะศึกษาศาสตร์

ตำแหน่ง

- ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)
สัญชาติ ศาสนา เลขประจำตัวประชาชน
ออกให้ ณ อำเภอ/เขต จังหวัด
- เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ..... ปี เดือน
(นับถึงวันปิดรับสมัครต้องไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์)
- ตำบลที่เกิด อำเภอ จังหวัด
- ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย..... ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
- ชื่อภรรยา/สามี สัญชาติ ศาสนา
อาชีพ
- ชื่อบิดา สัญชาติ ศาสนา
อาชีพ
- ชื่อมารดา สัญชาติ ศาสนา
อาชีพ
- วุฒิการศึกษาตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งที่สมัคร คือ
สาขาวิชาเอก ได้รับอนุมัติผลการศึกษาแล้ว เมื่อวันที่
เดือน พ.ศ. (ไม่หลังวันปิดรับสมัคร) จากสถานศึกษาชื่อ
ตั้งอยู่จังหวัด ได้คะแนนเฉลี่ยสะสม และได้แนบหลักฐาน
การสำเร็จการศึกษา พร้อมทั้งได้ลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง มาเพื่อประกอบการยื่นใบสมัครด้วยแล้ว
- วุฒิการศึกษาสูงสุดที่ข้าพเจ้าได้รับ คือ

ติดรูปถ่ายหน้าตรง
(ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี)
ขนาด 1.5/2 นิ้ว

9. ความรู้ความสามารถพิเศษ
10. รู้ภาษาต่างประเทศ ภาษาใด เพียงใด
11. ขณะนี้มีอาชีพอะไร ณ ที่ใด
12. ได้เคยทำงานอะไรมาบ้างแล้ว
13. เคยรับราชการเป็นข้าราชการ ตำแหน่ง
- แผนก กอง กรม
- กระทรวง ออกจากราชการเพราะ
- เมื่อวันที่ ได้รับบำเหน็จ บำนาญ หรือเบี้ยหวัด
- จากกระทรวง เป็นเงิน บาท
- ขณะนี้ได้รับเบี้ยหวัด บำเหน็จ บำนาญ ที่
14. ข้าพเจ้าขอสมัครคัดเลือกเข้าเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยเงินรายได้ สังกัดคณะศึกษาศาสตร์ และได้ส่ง
- ค่าธรรมเนียมการสมัครเป็นเงิน บาท มาพร้อมนี้แล้ว
15. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปตามข้อ 12 แห่งประกาศสภามหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- เรื่องข้อบังคับมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ว่าด้วยการบริหารงานบุคคลสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยเงินรายได้
- มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พ.ศ.2546 ลงวันที่ 18 กันยายน พ.ศ.2546 และคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง
- ที่สมัครสอบตรงตามประกาศรับสมัคร และข้อความที่แจ้งไว้ในใบสมัครนี้ถูกต้องเป็นความจริงทุกประการ
- หากปรากฏว่าข้าพเจ้ามีคุณสมบัติดังกล่าวไม่ตรงตามประกาศรับสมัคร ให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติ
- ในการสมัครสอบครั้งนี้

ลงลายมือชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง⁽¹⁾

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออยู่ที่

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทของบัตรด้วย)

แล้ว เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ขอรับรองว่า

นาย/นาง/นางสาว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ

จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของ

การติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

(1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(2) วัณโรคในระยะอันตราย

(3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(4) (ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจ

ให้ระบุในข้อนี้)

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์⁽²⁾

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มึร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจาก

ราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย