

เลขที่ ๗๙๐๕๖๔
(นางสาวนันทิพย์ แสงศรีจันทร์)
รองปลัดเทศบาล

ใบสมัครจิตอาสาทางการแพทย์สนับสนุนของโรงพยาบาลสนาม

ภาพถ่าย
(ใบหน้าตรง
ไม่สวมแว่น)
ขนาด ๓ x ๔
ซม.
(๑ ภาพ)

๑. ข้อมูลส่วนตัว

(ยศ) ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
เลขประจำตัวประชาชน (๑๓ หลัก)
วัน เดือน ปี เกิด อายุ ปี น้ำหนัก กก. สูง ซม.
ศาสนา กลุ่มเลือด หมายเลขโทรศัพท์
E-mail ID Line อื่นๆ

๒. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้) เลขที่ ซอย ถนน
ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
หมายเลขโทรศัพท์

๓. ระดับการศึกษา (สูงสุด)

☐ ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ อื่นๆ(ระบุ)
☐ ปริญญาตรี

๔. ผู้ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน (ชื่อ-เบอร์โทรศัพท์)
ความสัมพันธ์

๕. ประวัติสุขภาพ โรคประจำตัว แพทย์

การรับวัคซีนป้องกัน COVID-19 ☐ ได้รับแล้ว
☐ ได้รับแล้ว แต่ยังไม่ครบจำนวนที่กำหนด
☐ ยังไม่ได้รับ

๖. ประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุข/การแพทย์

☐ มี (โปรดระบุ) ด้าน เป็นระยะเวลา ปี
(*เช่น ด้านแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ ฯลฯ)

☐ ไม่มี

๗. ประวัติด้านจิตอาสาพระราชทาน

☐ ลงทะเบียนจิตอาสาพระราชทานแล้ว ☐ ยังไม่ลงทะเบียนฯ
☐ ผ่านการอบรมจิตอาสาภัยพิบัติ ☐ ยังไม่ผ่านการอบรมฯ

๘. ความสามารถพิเศษ

๙. ข้อมูลสำหรับการปฏิบัติงานจิตอาสา

ช่วงเวลาที่สามารถปฏิบัติงาน

วัน ☐ จ. ☐ อ. ☐ พ ☐ พท. ☐ ศ. ☐ ส. ☐ อา.

เวลา ☐ ในเวลาราชการ (๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.) ☐ นอกเวลาราชการ (๑๖.๓๐-๐๘.๓๐ น.)

โรงพยาบาลสนามที่สามารถปฏิบัติงาน (ระบุ)

(.....)

ผู้สมัคร

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร