สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

ตำแหน่งพนักงานขับรถยนต์

.....

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../.....

ที่อยู่ เลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

น้ำหนัก.....ส่วนสูง.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

เลขที่บัตรประชาชน.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

เลขที่ใบขับขี่.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....เลขที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....มีประสบการณ์การขับรถยนต์.....ปี

<u>ประวัติการทำงาน</u>

๑.....ปี พ.ศ.....ถึงปี พ.ศ.....

๒.....ปี พ.ศ.....ถึงปี พ.ศ.....

๓.....ปี พ.ศ.....ถึงปี พ.ศ.....

บุคคลที่ติดต่อกรณีเร่งด่วน.....ความสัมพันธ์.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่กล่าวไว้ข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ หากสำนักทันตฯ ตรวจพบภายหลังว่าข้อมูลใดไม่ตรงกับความจริง สามารถยกเลิกสิทธิการเป็นพนักงานขับรถยนต์ของข้าพเจ้าโดยชอบธรรม

<u>หลักฐานที่ใช้ในการสมัคร</u>

◇ **สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน** ลงชื่อ.....

◇ **สำเนาทะเบียนบ้าน** (.....)

◇ **สำเนาหลักฐานการศึกษา** ...../...../.....

◇ **ใบสำคัญแสดงทางการทหาร (สด.๙)**

◇ **สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล**