

วันที่.....

ประวัติบุคลากร

ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง..... รหัสบุคลากร.....

หน่วยงานที่สังกัด..... คณะ..... เบอร์โทรฯ.....

เริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ. รวมระยะเวลาปฏิบัติงาน..... ปี..... เดือน.....

ประวัติญาติสายตรงตามกฎหมายที่ขอขึ้นทะเบียน

- บิดา: ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน _ - - - - -
[] บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เลขที่..... โรงพยาบาลหลัก..... [] สิทธิว่าง
- มารดา: ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน _ - - - - -
[] บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เลขที่..... โรงพยาบาลหลัก..... [] สิทธิว่าง
- สามี/ภรรยา: ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน _ - - - - -
[] บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เลขที่..... โรงพยาบาลหลัก..... [] สิทธิว่าง
- บุตร: ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน _ - - - - -
[] บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เลขที่..... โรงพยาบาลหลัก..... [] สิทธิว่าง
- บุตร: ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน _ - - - - -
[] บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เลขที่..... โรงพยาบาลหลัก..... [] สิทธิว่าง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้น ถูกต้องเป็นความจริง ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นขอขึ้นทะเบียน

(.....)

หัวหน้างานผู้ตรวจสอบเอกสารเบื้องต้น/รับรอง

[] บุคลากรมีสิทธิตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

[] เอกสารถูกต้อง ครบถ้วน

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นผู้บังคับบัญชา

การจ้างงาน [] จ้างต่อ

[] ยกเลิกการจ้าง [] อื่นๆ.....

การอนุมัติขึ้นทะเบียน [] อนุมัติ

[] อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....