เอกสารแนบ

- ☐ สำเนาบัตรประชาชน
- ☐ สำเนาใบประกอบวิชาชีพ(ถ้ามี)
- ☐ สำเนาสัญญาจ้าง
- ☐ สำเนาวุฒิการศึกษา

แบบฟอร์มลงฐานข้อมูลบุคลากร

รหัสบุคลากร.....

HN เลขบัตร รพ.มอ.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ(ถ้ามี).....

วันหมดอายุใบประกอบวิชาชีพ.....

❍ จ้างด้วยเงินหน่วยงาน ❍ แพทย์ฝากฝึกอบรมที่คณะฯ

ตำแหน่ง.....ระดับ.....เงินเดือน.....บาท

หน่วยงาน.....วันที่บรรจุ.....เลขที่คำสั่ง.....

ชื่อ-สกุล นาย/นาง/นางสาว ชื่อ.....สกุล.....

Mr./Mrs./Miss **Name**.....**Surname**.....

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. ..... จังหวัดที่เกิด.....ประเทศที่เกิด.....

เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....หมู่เลือด.....

เลขที่บัตรประชาชน.....

วุฒิการศึกษาสูงสุดระดับ.....สาขา.....ชื่อย่อวุฒิ.....

สถาบัน.....ปีที่จบ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร์ : บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน : บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

E-mail.....ID-LINE.....

หอพัก (ภายใน มอ.) .....ห้อง.....โทรศัพท์.....

บิดา ❍ยังมีชีวิต ชื่อ-นามสกุล บิดา.....

มารดา ❍ยังมีชีวิต ชื่อ-นามสกุล มารดา.....

คู่สมรส ❍ยังมีชีวิต ❍แยกกันอยู่ ❍หย่า ❍ไม่ได้จดทะเบียน ❍เสียชีวิตแล้ว

ชื่อ-นามสกุล คู่สมรส.....อาชีพ.....จำนวนบุตร.....คน