

ข้อมูลงานที่สนใจ			
ตำแหน่งงาน/ลักษณะงาน	1 _____	2 _____	
	3 _____	4 _____	
สถานที่ปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> กรุงเทพมหานคร <input type="checkbox"/> ลพบุรี <input type="checkbox"/> จังหวัดอื่นๆ โปรดระบุ _____		
อัตราค่าจ้างที่ต้องการ	_____ บาท / เดือน		
วันที่สามารถเริ่มงานได้ (พ.ศ.)	□□ / □□ / □□□□		

รูปถ่าย 1 นิ้ว

ข้อมูลส่วนตัว			
คำนำหน้า (นาย / นาง / นางสาว / อื่นๆ _____ )		ชื่อ - สกุล ไทย _____	
Title (Mr. / Mrs. / Miss / Other _____ )		Name - Surname _____	
วัน / เดือน / ปีเกิด (พ.ศ.)	□□ / □□ / □□□□	อายุ _____ ปี	น้ำหนัก _____ กก. ส่วนสูง _____ ซม.
เชื้อชาติ _____ สัญชาติ _____ ศาสนา _____	เลขที่บัตรประชาชน □ - □□□□ - □□□□□□ - □□ - □		
<b>ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน</b>	เลขที่ _____ อาคาร/หมู่บ้าน _____ หมู่ที่ _____ ถนน _____		
ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____	รหัสไปรษณีย์ □□□□□□		
<b>ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้</b>	<input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน (ไม่ต้องระบุซ้ำ)		
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้	เลขที่ _____ อาคาร/หมู่บ้าน _____ หมู่ที่ _____ ถนน _____		
ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____	รหัสไปรษณีย์ □□□□□□		
โทรศัพท์มือถือ _____ โทรศัพท์บ้าน _____	อีเมล _____		
<b>ปัจจุบันอาศัยอยู่</b>	<input type="checkbox"/> บ้านบิดามารดา <input type="checkbox"/> บ้านตนเอง <input type="checkbox"/> บ้านเช่า/หอพัก <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ _____		

<b>สถานภาพทางทหาร</b>	<input type="checkbox"/> เกณฑ์ทหารแล้ว <input type="checkbox"/> จะเกณฑ์ทหารในปี _____ <input type="checkbox"/> ได้รับการยกเว้นเพราะ _____
-----------------------	---

<b>สถานภาพทางครอบครัว</b>	<input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หย่าร้าง <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่
ชื่อ - สกุล คู่สมรส _____	อายุ _____ ปี <input type="checkbox"/> ยังมีชีวิต <input type="checkbox"/> เสียชีวิต
อาชีพ _____ สถานที่ทำงาน _____	มีบุตรรวม _____ คน ชาย _____ คน หญิง _____ คน
ชื่อ - สกุล บิดา _____	อายุ _____ ปี เชื้อชาติ _____ สัญชาติ _____
<input type="checkbox"/> ยังมีชีวิตอยู่ <input type="checkbox"/> เสียชีวิตแล้ว อาชีพ _____	สถานที่ทำงาน _____ โทร. _____
ชื่อ - สกุล มารดา _____	อายุ _____ ปี เชื้อชาติ _____ สัญชาติ _____
<input type="checkbox"/> ยังมีชีวิตอยู่ <input type="checkbox"/> เสียชีวิตแล้ว อาชีพ _____	สถานที่ทำงาน _____ โทร. _____
จำนวนพี่น้อง (รวมผู้สมัคร) _____ คน ชาย _____ คน หญิง _____ คน	ผู้สมัครเป็นคนที่ _____

ที่	ชื่อ - สกุล	อายุ	อาชีพ	สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา	ตำแหน่งหน้าที่

**ประวัติการศึกษา (ปัจจุบัน - อดีต)**

ระดับการศึกษา	สถาบันการศึกษา	สาขาวิชา	วุฒิการศึกษา	ปี (พ.ศ.)		คะแนน/เกรดเฉลี่ย
				เริ่มต้น	สิ้นสุด	

## ประวัติการทำงาน (ปัจจุบัน - อดีต)

ระยะเวลา		สถานที่ทำงาน	ตำแหน่ง	อัตราค่าจ้าง		สาเหตุที่ออก
ตั้งแต่ปี	ถึงปี			เริ่มต้น	สุดท้าย	

## ประวัติการฝึกอบรม/ฝึกงาน (มีใบรับรอง / ใบประกาศ)

ปี พ.ศ.	ระยะเวลา (เดือน)	ชื่อหลักสูตร/กิจกรรม	สถาบัน

## ความสามารถพิเศษ

ความสามารถด้านภาษา	ฟัง	พูด	เขียน	ความสามารถพิเศษ อื่น ๆ
ภาษา _____	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> พอใช้ <input type="checkbox"/> น้อย	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> พอใช้ <input type="checkbox"/> น้อย	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> พอใช้ <input type="checkbox"/> น้อย	คอมพิวเตอร์ ระบุ _____
ภาษา _____	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> พอใช้ <input type="checkbox"/> น้อย	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> พอใช้ <input type="checkbox"/> น้อย	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> พอใช้ <input type="checkbox"/> น้อย	อื่น ๆ ระบุ _____
ยานพาหนะและใบอนุญาต	<input type="checkbox"/> มีรถยนต์เป็นของตนเอง <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มีรถจักรยานยนต์เป็นของตนเอง <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มีใบอนุญาตขับขีรถยนต์ <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มีใบอนุญาตขับขีรถจักรยานยนต์ <input type="checkbox"/> ไม่มี

บุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน ชื่อ - สกุล \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

ท่านเคยเป็นพนักงานของบริษัทในเครือเบทาโกรหรือไม่

 ไม่เคย  เคย บริษัท \_\_\_\_\_ ชื่อผู้บังคับบัญชาโดยตรง \_\_\_\_\_ท่านรู้จักพนักงานเครือเบทาโกรหรือไม่  ไม่รู้จัก  รู้จัก ชื่อ - สกุล \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_

ท่านทราบข่าวการรับสมัครจาก \_\_\_\_\_

ท่านมีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวหรือไม่  ไม่มี  มี โปรดระบุ \_\_\_\_\_ท่านเคยเป็นผู้ประกันตน ของสำนักงานประกันสังคมมาก่อนหรือไม่  ไม่เคย  เคย บริษัท (ปัจจุบัน) \_\_\_\_\_

ค่าจ้างเพิ่มเติมของผู้สมัคร ซึ่งอาจเป็นประโยชน์ในการคัดเลือกเข้าทำงานกับบริษัทฯ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการ การบิดเบือนหรือปิดบังข้อเท็จจริงใดๆ ในใบสมัครนี้ย่อมเป็นสาเหตุที่จะเลิกจ้างข้าพเจ้าได้ทันที โดยไม่มีข้อแม้ใดๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้สมัครงาน

( \_\_\_\_\_ )

วันที่ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_