

แบบฟอร์มการสมัคร
ผู้แทนสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา

ติดรูปถ่าย
๒ นิ้ว

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

๑. ชื่อ-สกุล

๒. ตำแหน่ง.....

๓. วันที่บรรจุ.....รวมระยะเวลาปฏิบัติงาน.....

๔. ประวัติการศึกษา

| วุฒิการศึกษา | สาขา | สถาบัน |
|--------------|------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |

๕. ประวัติการปฏิบัติหน้าที่ราชการ

| ตำแหน่ง | เริ่มตั้งแต่ | สิ้นสุดเมื่อ | ระยะเวลา |
|---------|--------------|--------------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

๖. หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน.....หมายเลขโทรสาร.....

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

๗. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา

(ลงชื่อ) ผู้สมัคร

(.....)

ตำแหน่ง.....

..... / / ๒๕๖๓