



ราชวิทยาลัย  
จุฬาภรณ์

ใบสมัครอาจารย์พิเศษ

สังกัด คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

ประจำปีการศึกษา .....

\*\*\*\*\*

ติดรูปถ่าย<sup>๑</sup>  
ขนาด ๑ นิ้ว

วันที่...../...../.....

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อมูลโดยละเอียดเพื่อประโยชน์ในการพิจารณา葛ลั่นกรองของคณะกรรมการ  
ชื่อ – นามสกุล นาย, นาง, น.ส. ..... นามสกุล .....  
และ Mr, Mrs, Miss ..... Surname.....

### ๑. ประวัติส่วนตัว

เพศ ..... สถานภาพ ..... วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี  
น้ำหนัก ..... ส่วนสูง .....  
เชื้อชาติ ..... สัญชาติ ..... ศาสนา .....  
เลขประจำตัวประชาชน

### ๒. ข้อมูลติดต่อ

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

โทรศัพท์บ้าน ..... โทรศัพท์มือถือ ..... อีเมล .....

### ๓. วุฒิการศึกษา

๑) ระดับปริญญาเอก : ชื่อปริญญา ..... (ชื่อย่อ) .....

สาขาวิชา ..... วิชาเอก ..... วิชาโท .....

สถาบัน/มหาวิทยาลัย .....

ประเทศไทย ..... ปีที่สำเร็จการศึกษา .....

๒) ระดับปริญญาโท : ชื่อปริญญา.....(ชื่อย่อ).....  
 สาขาวิชา.....วิชาเอก.....วิชาโท.....  
 สถาบัน/มหาวิทยาลัย.....  
 ประเทศ.....ปีที่สำเร็จการศึกษา.....

๓) ระดับปริญญาตรี : ชื่อปริญญา.....(ชื่อย่อ).....  
 สาขาวิชา.....วิชาเอก.....วิชาโท.....  
 สถาบัน/มหาวิทยาลัย.....  
 ประเทศ.....ปีที่สำเร็จการศึกษา.....

๔. สถานที่ทำงานปัจจุบัน  ภาครัฐ  ภาคเอกชน  อื่น ๆ (โปรดระบุ).....  
 ตำแหน่งงานปัจจุบัน..... อายุราชการ / อายุงาน.....ปี  
 สถานที่ทำงาน(ชื่อหน่วยงาน/สถานประกอบการ).....  
 เลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....โทรศาร.....

บุคคลอ้างอิง ชื่อ ..... นามสกุล .....  
 สถานที่ทำงาน .....

.....  
 เบอร์โทรศัพท์ .....

#### ๕. ข้อมูลบัญชีธนาคาร

หมายเลขบัญชีธนาคาร.....ชื่อบัญชี.....  
 ธนาคาร.....สาขา.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์สมัครเป็นอาจารย์พิเศษในวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์  
 โดยมีความประสงค์จะสมัครสาขาวิชา.....คณะ.....  
 รายวิชาที่มีความสนใจและสามารถสอนได้

- ๑) .....
- ๒) .....
- ๓) .....

(ลงชื่อ) ..... ผู้สมัคร  
 (..) )

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

ເຊີ້ມຕະຫຼາດ

## หลักฐานในการสมัคร



(ลงชื่อ) .....ผู้ตรวจหลักฐาน (ลงชื่อ) .....ผู้ตรวจสอบ

គុណសមប័ត្តិ

(.....)

(.....)

บันทึกคณบดี

( ) อนุมัติ

( ) ไม่อนมติ

ເຫດຜລ .....  
.....

(ลงชื่อ) ..... คณบดี/คณ

(.....)

..... / .....

ໜ້າຍເຫດ

สามารถล็อกไฟล์ PDF

ได้ทาง E-mail : [gripsada.cha@cra.ac.th](mailto:gripsada.cha@cra.ac.th) หรือ ส่งเอกสารมาตามที่อยู่

(โรงเรียนนวัตกรรมการบริหารจัดการสถานพยาบาล ราชวิทยาลัยจิตาธิรัตน์)

วิทยาลัยสหัสน์ครุภาน ๔๖๗ หมู่ ๓ ตำบลฝายแก้ว อำเภอพะเพียง จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐

សែនការមុខមែលធិនុត្រីមិនមែនជាប្រព័ន្ធនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ដែលមិនមែនប្រព័ន្ធឌីជីថល

แบบฟอร์มรายละเอียดประกอบการสมัครอาชารย์พิเศษ  
สังกัด คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬารัตน์ ราชวิทยาลัยจุฬารัตน์

\*\*\*\*\*

**๑. ประวัติส่วนตัว**

ข้าพเจ้า นาย, นาง, น.ส. .... นามสกุล .....

และ Mr, Mrs, Miss ..... Surname.....

เพศ ..... อายุ..... ปี น้ำหนัก..... ส่วนสูง .....

วัน/เดือน/ปีเกิด..... เข็มชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

**๒. การศึกษา (เรียงจากคุณวุฒิสูงไปต่ำ)**

คุณวุฒิ (ระบุสาขาวิชาเอก)	ปี พ.ศ. ที่จบการศึกษา	ชื่อสถาบันที่จบการศึกษา	ประเภท

**๓. ประสบการณ์จากการฝึกอบรม/ศึกษาดูงาน**

หลักสูตร/โครงการ	ปี พ.ศ.	ระยะเวลา	ชื่อสถานที่ฝึกอบรม/ดูงาน	ประเภท

๔. ประสบการณ์การทำงาน

ระยะเวลาจาก พ.ศ. - พ.ศ.	ชื่อหน่วยงาน	ตำแหน่ง/ เงินเดือน	สาเหตุที่ออก

๕. ประสบการณ์ทางด้านการสอน (ถ้ามี)

ระยะเวลาจาก พ.ศ. - พ.ศ.	สถาบัน	รายวิชาที่เคยสอน

(ลงชื่อ) ..... ผู้สมัคร

(..... )

..... / ..... / .....