



หลักฐาน และเอกสารประกอบการสมัครอบรมผู้ช่วยทันตแพทย์

ชื่อ-นามสกุล ผู้สมัคร (นาย/นางนางสาว).....

โปรดเขียนเครื่องหมาย (x) หน้าหลักฐานที่นำมาแสดง

- ใบสมัคร (ติดรูปถ่ายและกรอกข้อมูลเกี่ยวกับผู้สมัครเรียบร้อยแล้ว)
- สำเนาใบรายงานผลการศึกษาตลอดหลักสูตรในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (Transcript)
- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- รูปถ่าย 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าหลักฐาน และเอกสารต่างๆ ที่นำมาประกอบการสมัครข้างต้นเป็นเอกสารที่ถูกต้อง

ลงชื่อ.....
ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่รับสมัคร

ได้ตรวจสอบหลักฐานการสมัครแล้ว ปรากฏผลดังนี้

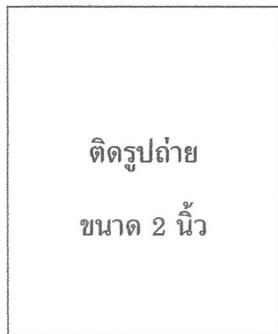
- ผู้สมัครยื่นหลักฐานการสมัครครบ
 ผู้สมัครยื่นหลักฐานการสมัครไม่ครบ ยังขาดเอกสาร

- 1)
- 2)
- 3)

ลงชื่อ.....

เจ้าหน้าที่รับสมัคร

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.



ใบสมัครเข้าอบรมผู้ช่วยทันตแพทย์

คลินิกในเครือ ออเร้นจ์ สมาย

โปรดกรอกข้อความด้วยตัวบรรจง และทำเครื่องหมาย ในหน้าข้อความที่ตรงกับผู้สมัคร

ประวัติส่วนตัว

1. ชื่อ – นามสกุลผู้สมัคร (ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว.....
(ภาษาอังกฤษ) Mr/Mrs/Miss.....
 2. สтанາກາພ ໂສດ ສມຮສ ໄໝ້ຍ
 3. ເກີດວັນທີ.....ເດືອນ.....ພ.ສ.ອາຍຸ.....ປີ
 4. ເຊື້ອໜາຕີ.....ລັບອຸປະກອດ.....ຄາສນາ.....
 5. ທ່ອງຍູ້ທີ່ສະດວກໃນການຕິດຕໍ່ເລຂທີ.....ໜູ້ທີ່.....ຮອຍ.....
ຄົນ.....ຕຳບລ/ແຂວງ.....ອຳເກົດ/ເຂດ.....
ຈັງຫວັດ.....ຮ້າສໄປຮົມຜິ່ນ.....ໂກຮັກທີ່ບ້ານ.....
ໂກຮັກທີ່ມືອຄືອ.....ອື່ນເມືລື.....
 6. ເລຂທີ່ບັດປະຈານ.....ສтанາທີ່ອຳນວຍ.....
ອຳນວຍໃຫ້ ລັບ ວັນທີ.....ເດືອນ.....ພ.ສ.
 7. ຂໍ້ອຳນວຍ.....ເຊື້ອໜາຕີ.....ລັບອຸປະກອດ.....
ອາຊີພ.....ເລຂທີ່ບັດປະຈານ/ເຈົ້າທີ່ຮູ້/ຮູ້ວິສາຫຼິຈ/.....
ສтанາທີ່ອຳນວຍ.....ອຳນວຍໃຫ້ ລັບ ວັນທີ.....ເດືອນ.....ພ.ສ.
ເບືອງໂກຮັກທີ່.....
 8. ຂໍ້ອຳນວຍ.....ເຊື້ອໜາຕີ.....ລັບອຸປະກອດ.....
ອາຊີພ.....ເລຂທີ່ບັດປະຈານ/ເຈົ້າທີ່ຮູ້/ຮູ້ວິສາຫຼິຈ/.....
ສтанາທີ່ອຳນວຍ.....ອຳນວຍໃຫ້ ລັບ ວັນທີ.....ເດືອນ.....ພ.ສ.
ເບືອງໂກຮັກທີ່.....
 9. ໂປຣດະບຸຮະດັບການສຶກຫາໂດຍເຮັງຈາກມັອຍມີການສຶກຫາຕອນຕົ້ນ ມັອຍມີການສຶກຫາຕອນປ່າຍ ທີ່ອື່ນໆ ເພີ່ມເຕີມ
 ຂໍ້ສтанາທີ່ສຶກຫາ ປີທີ່ສໍາເລົງ/ກຳລັງສຶກຫາ
- 9.1.....
9.2.....

ประวัติการทำงาน

10. ปัจจุบันผู้สมัคร

- () ไม่ได้ทำงาน (ข้ามไปข้อ 11.)
 () มีงานทำอยู่ (กรอกรายละเอียด)

ชื่อสถานที่ทำงาน.....
 ที่อยู่ที่ทำงาน.....
 ตำแหน่ง.....ลักษณะงาน.....
 เป็นเวลา.....ปี เงินเดือนประจำ.....บาท/เดือน

11. เหตุผลที่ท่านสมัครอบรมในโครงการนี้

.....

12. ระหว่างการอบรมตามโครงการนี้ ท่านจะได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจาก

- () บิดา/มารดา () ตัวท่านเอง () ญาติพี่น้อง () อื่นๆ.....

13. ท่านคาดว่าจะมีปัญหาทางด้านการเงินระหว่างการอบรม หรือไม่ อย่างไร

.....

14. ข้าพเจ้ายินดีจะทำสัญญา เข้าทำงานที่คลินิกในเครือ และคลินิกพันธมิตร เมื่อสำเร็จการอบรมแล้ว ตาม ระเบียบและเงื่อนไขของคลินิกอور์เรนจ์ หมาย

- () ยินดี
 () ไม่ยินดี

15. ข้าพเจ้า ขอรับรองตนเองในด้านคุณลักษณะทั่วไป และคุณลักษณะเฉพาะ ถ้าทางคลินิกตรวจพบว่าไม่เป็น ความจริงข้าพเจ้าทราบดีว่าจะหมดสิทธิ์เข้าอบรมทันที

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความรายละเอียดข้างต้นที่ระบุไว้ในใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.