



มูลนิธิชีวิตบริบูรณ์
ABUNDANT LIFE FOUNDATION
แบบฟอร์มใบสมัคร / APPLICATION FORM

รูปถ่าย
2 นิ้ว

ใบสมัครเป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณา โปรดกรอกข้อความให้ครบถ้วน

Application Form is a part of consideration, please fill this form completely

วันที่สมัคร Date of Application	ตำแหน่งที่สมัคร Position Applied for
เงินเดือนที่ต้องการ Expected Salary	1. 2.

ประวัติส่วนตัว
PERSONAL DATA

ชื่อ - สกุล Name - Surname	ภาษาไทย / Thai ภาษาอังกฤษ / English	นาย / นาง / นางสาว MISS/MRS/MR.....	อายุ ปี Age.....yrs			
ที่อยู่ปัจจุบัน Present Address	ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน Permanent Address		โทรศัพท์ / โทรศัพท์มือถือ Telephone			
วัน เดือน ปีเกิด Date of Birth	สถานที่เกิด Place of Birth	เพศ Sex	น้ำหนัก (กก.) Weight (Kgs)	ส่วนสูง (ซม.) Height (Cms)		
สัญชาติ Nationality	เชื้อชาติ Race	ศาสนา Religion	ตำหนิ Identification Mark	กรุ๊ปเลือด Blood Group		
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ID. Card No.	ออกให้ ณ Issued At	วันที่ออกบัตร Issued Date	วันที่บัตรหมดอายุ Expiry Date			
เลขที่บัตรประจำตัวผู้เสียภาษีอากร (ถ้ามี) Tax ID. (If any)	เลขที่บัตรประกันสังคม (ถ้ามี) Social Security No. (If any)					
สถานภาพทางทหาร Military Status	<input type="checkbox"/> ได้รับการยกเว้น Exempted	<input type="checkbox"/> ศึกษาวิชาทหาร Military Studied	<input type="checkbox"/> ผ่านการเกณฑ์ทหาร Discharged	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ		
สถานภาพทางการสมรส Marital Status	<input type="checkbox"/> โสด Single	<input type="checkbox"/> สมรส Married	<input type="checkbox"/> หย่า Divorced	<input type="checkbox"/> หม้าย Widowed	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ	
ทะเบียนสมรส Marriage Certificate	<input type="checkbox"/> ไม่มี No	<input type="checkbox"/> มี / เลขที่ Yes / No.	ออกให้ ณ Issued At	เมื่อวันที่ Issued Date		
ชื่อ - นามสกุล (คู่สมรส) Spouse's Name	อายุ Age	อาชีพ Occupation				
สถานที่ทำงาน / โทรศัพท์คู่สมรส Spouse's Office / Telephone	จำนวนบุตรทั้งหมด No. of Children		คน Persons			
ชื่อบิดา Father's Name	<input type="checkbox"/> มีชีวิต Alive	<input type="checkbox"/> ถึงแก่กรรม Passed Away	อายุ Age	อาชีพ Occupation	สถานที่ทำงาน Office	
ชื่อมารดา Mother's Name	<input type="checkbox"/> มีชีวิต Alive	<input type="checkbox"/> ถึงแก่กรรม Passed Away	อายุ Age	อาชีพ Occupation	สถานที่ทำงาน Office	
จำนวนพี่น้อง (รวมผู้สมัคร) No. of Brothers / Sisters	คน Persons	ชาย Male	คน Persons	หญิง Female	คน Persons	ท่านเป็นบุตรคนที่ You are the

ชื่อ / Name	อายุ / Age	อาชีพ / Occupation	สถานที่ทำงาน / Office
1.
2.
3.
4.

ประวัติการฝึกงาน / อบรม
OTHER COURSE / TRAINING

ระยะเวลา Period จาก From - ถึง To	ชื่อสถาบัน / สถานที่ฝึกงาน Institution / Office	ชื่อหลักสูตร / งานที่ได้รับผิดชอบ Course / Responsibilities

ความรู้ภาษาต่างประเทศ LANGUAGE SKILLS					ความสามารถอื่น ๆ OTHER SKILLS
โปรดระบุ : ดีมาก / ดี / พอใช้ / ควรปรับปรุง Please Identify : Very Good / Good / Fair / Poor					พิมพ์ดีด <input type="checkbox"/> ไทย คำ / นาที Typing Skill Typing Speed Thai WPM
ภาษาต่างประเทศ Language	อ่าน Read	พูด Speak	เขียน Write	เข้าใจ Understand	<input type="checkbox"/> อังกฤษ คำ / นาที Typing Speed English WPM
<input type="checkbox"/> ภาษาอังกฤษ English Language					<input type="checkbox"/> สามารถใช้โปรแกรม (ระบุ) Computer Can use program
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ Other Identify					

รถยนต์ <input type="checkbox"/> ได้ / Yes <input type="checkbox"/> ไม่ได้ / No	ใบอนุญาตขับขี่ประเภท / Car Driving License Type	เลขที่ / No.
ความสามารถในการขับขี่ Car	รถจักรยานยนต์ <input type="checkbox"/> ได้ / Yes <input type="checkbox"/> ไม่ได้ / No	
Driving Skills	ใบอนุญาตขับขี่ประเภท / Motorcycle Driving License Type	เลขที่ / No.
Motorcycle		

ผู้อ้างอิงที่รู้จักตัวท่านดี 2 คน

GIVE 2 NAMES OR PERSONS TO APPLICANT TO BE REFERRED TO

ชื่อ - สกุล Name - Surname	อาชีพ Occupation	ที่ทำงาน / โทรศัพท์ Office / Telephone
1		
2		

ทั่วไป

OTHERS

ท่านพร้อมที่จะปฏิบัติงานในต่างจังหวัดได้หรือไม่ ? <input type="checkbox"/> ประจําได้ <input type="checkbox"/> ชั่วคราวได้ <input type="checkbox"/> ชัดข้อง (โปรดระบุ) Can you work upcountry? Permanent Temporary No (Please specify)
ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ ? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (โปรดระบุ) Do you have any illness? No Yes (Please Specify)
ท่านเคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่ ? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย เมื่อ พ.ศ. ด้วยโรค Have you ever been hospitalized for serious illness? No Yes When Illness
งานอดิเรก / กีฬาที่ท่านสนใจ ? Hobbies / Sports?
ท่านทราบการรับสมัครงานนี้จาก How did you know about this application?
กรณีเร่งด่วน สามารถติดต่อได้ที่ ชื่อ - สกุล ที่อยู่ โทรศัพท์ Contact Person in emergency Name - Surname Address Telephone

ข้อมูลอื่น ๆ ที่ท่านประสงค์จะเพิ่มเติมให้ เพื่อประโยชน์ต่อการสมัครงานในครั้งนี้

State below any further information which you consider useful for the consideration of your application

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวทั้งหมดในใบสมัครนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ หลังจากสำนักงานจ้างเข้ามาทำงานแล้ว หากปรากฏว่าข้อความในใบสมัครงาน เอกสารที่นำมาแสดง หรือรายละเอียดที่ให้ไว้ไม่ถูกต้อง หรือไม่เป็นความจริง มูลนิธิฯ มีสิทธิ์ที่จะเลิกจ้างข้าพเจ้าได้โดยไม่ต้องจ่ายเงินชดเชยหรือค่าเสียหายใด ๆ ทั้งสิ้น

I certify that all statements given in this application form are true and correct. If any is found to be untrue or incorrect after engagement, the ALF has the right to terminate my employment without any compensation or severance pay whatever.

ลายมือชื่อผู้สมัคร / Application's Signature

วันที่ / Date