

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
รับสมัครนักศึกษาเภสัชศาสตร์ผู้ทำสัญญาฯ ปฏิบัติงานชดใช้ทุน ประจำปีการศึกษา 2562

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มีความประสงค์
จะรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกเข้าปฏิบัติงาน ตำแหน่งเภสัชกร (ใช้ทุน) งานเภสัชกรรม จำนวน 3 อัตรา
เปิดรับสมัครตั้งแต่บัดนี้ถึงวันที่ 6 มกราคม 2563

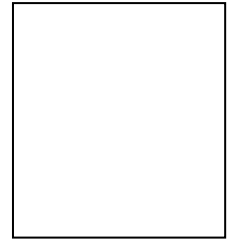
ผู้สนใจติดต่อขอทราบรายละเอียดและยื่นใบสมัครได้ที่ งานทรัพยากรบุคคล อาคารเรียนและ
ปฏิบัติการชั้น 6 ฝั่ง B ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน หรือทางไปรษณีย์ ที่อยู่ งานทรัพยากรบุคคล
ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน 222 หมู่ 1 ถนนติวานนท์ ตำบลบางตลาด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120 โทร. 02-5022308 หรือ 02-5022345 ต่อ 3671

หลักฐานการสมัคร

1. แบบฟอร์มใบสมัครที่กรอกเรียบร้อยแล้ว จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาใบรายงานผลการศึกษา (Transcript) เมื่อจบชั้นปีที่ 5 จำนวน 1 ฉบับ
3. หนังสือรับรอง (Recommendation) จากอาจารย์ จำนวน 2 ฉบับ
4. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด 1 นิ้ว
ถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 1 รูป
5. สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
6. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
7. ประวัติส่วนตัวโดยสังเขป กล่าวถึง ประวัติการศึกษา ประวัติสุขภาพ
ความสามารถพิเศษ เหตุผลที่เลือกโรงพยาบาลชลประทาน โครงการศึกษาต่อ ฯลฯ จำนวน 1 ชุด
8. สำเนาหลักฐานอื่น เช่น เอกสารการเปลี่ยนชื่อหรือใบเปลี่ยนนามสกุล ฯลฯ (ถ้ามี) จำนวน 1 ชุด
9. ใบรับรองแพทย์
 - 1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการ เป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม
 - 2) โรคพิษสุราเรื้อรัง
 - 3) ผลการเอ็กซเรย์ปอด

วัน เวลาสอบคัดเลือก

สอบสัมภาษณ์ในวันพุธที่ 22 มกราคม 2563 ณ ห้องประชุม 6B อาคารเรียนและปฏิบัติการ
ชั้น 6 ฝั่ง B เวลา 10.00 น. เป็นต้นไป



ใบสมัคร เกสซ์กรใช้ทุน ประจำปี 2562

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

1. ชื่อ-สกุล _____
เกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ อายุ _____ ปี
สถานภาพ () โสด () สมรส () อื่น ๆ _____
2. ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____
ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____
จังหวัด _____ โทร _____
3. ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้สะดวก โทร.(มือถือ) _____
บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____
ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____
จังหวัด _____ โทร _____
4. สำเร็จการศึกษาเภสัชศาสตรบัณฑิต ปี พ.ศ. _____ เกรตเฉลี่ยสะสม _____
จากสถาบัน _____
5. ชื่อ-นามสกุลบิดา _____ อายุ _____ ปี อาชีพ _____
สถานที่ทำงาน _____ โทรศัพท์ _____
ชื่อ-นามสกุลมารดา _____ อายุ _____ ปี อาชีพ _____
สถานที่ทำงาน _____ โทรศัพท์ _____
6. ความสามารถพิเศษ หรือ รายละเอียดอื่นที่ท่านคิดว่าจะเป็นประโยชน์ในการสมัครรับการคัดเลือก

(ลงชื่อ) _____

(_____)

วันที่ _____