**ใบสมัครคัดเลือกบุคคลเพื่อเป็นที่ปรึกษาโครงการพัฒนาบุคลากรที่ปรึกษาฯ**

รูปถ่ายขนาด

1 นิ้ว

ถ่ายไว้ไม่เกิน

6 เดือน)

**1. ข้อมูลส่วนบุคคล**

**1.1 ชื่อ – นามสกุล** (ภาษาไทย).............................................................................................................

(ภาษาอังกฤษ).................................................................................................................................

สัญชาติ............................เชื้อชาติ...............................เพศ.............................อายุ..........................

วัน/เดือน/ปีเกิด...........................................................

**1.2 บัตรประจำตัวประชาชน** เลขที่......................................................................................................

ออกให้ ณ อำเภอ / เขต / หน่วยงาน.................................................จังหวัด.................................

วันที่ออกบัตร..............................................................วันบัตรหมดอายุ..........................................

**1.3 ที่อยู่ปัจจุบัน** เลขที่.............................ถนน................................ตำบล/แขวง..................................

อำเภอ/เขต.................................................จังหวัด...........................................................................

รหัสไปรษณีย์.............................................โทรศัพท์.................................มือถือ..............................

E – mail……………………………………………………………………………………………………………………….….

**1.4 ประกอบอาชีพ**

กรณีเป็นลูกจ้าง

ตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบัน...............................................................................................................

สถานที่ทำงานปัจจุบัน....................................................................................................................

ตั้งอยู่เลขที่........................ถนน........................................ตำบล/แขวง...........................................

อำเภอ/เขต....................................จังหวัด....................................รหัสไปรษณีย์.............................

โทรศัพท์...........................................

กรณีประกอบอาชีพอิสระ

สถานที่ติดต่อ..................................................................................................................................

**1.5 สถานที่ที่สะดวกในการติดต่อ**

□ ที่อยู่ปัจจุบัน □ ที่ทำงาน

**2. ประวัติการศึกษา**

1) ปริญญาตรี สาขา.........................................................................................................................................

ปีที่สำเร็จการศึกษา................................สถาบันการศึกษา.........................................................................

2) ปริญญาโท สาขา.........................................................................................................................................

ปีที่สำเร็จการศึกษา................................สถาบันการศึกษา.........................................................................

3) ปริญญาเอก สาขา.............................................................................................................................................

ปีที่สำเร็จการศึกษา................................สถาบันการศึกษา.........................................................................

**3. ประสบการณ์การทำงาน**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **วันที่เริ่ม** | **วันที่สิ้นสุด** | **ชื่อและที่อยู่ของสถานที่ทำงาน** | **ตำแหน่ง/ลักษณะงาน** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**4. เอกสารประกอบการสมัครคัดเลือกบุคคลเพื่อเป็นที่ปรึกษาโครงการพัฒนาบุคลากรและที่ปรึกษาฯ**

ให้ผู้ยื่นใบสมัครทำเครื่องหมายหน้าข้อความหลักฐานและเอกสารที่แนบพร้อมใบสมัครตามลำดับ ต่อไปนี้

4.1 □ รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมแว่นดำ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป โดยเป็นการถ่ายครั้งเดียวกันและ ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน (นับถึงวันสมัคร) และให้เขียนชื่อ – นามสกุลหลังรูปถ่ายทุกรูป

4.2 □ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่ยังไม่หมดอายุ จำนวน 1 ฉบับ

4.3 □ สำเนาแสดงปริญญาบัตร หรือระเบียบแสดงผลการเรียน (Transcript of Record) จำนวน 1 ฉบับ

4.4 □ สำเนาหนังสือรับรองประสบการณ์การทำงานเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยฯ หรือหลักฐานการเป็นผู้ตรวจประเมินที่ได้รับการขึ้นทะเบียนจากหน่วยรับรองมาตรฐานระบบการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย: มอก.18001

4.5 □ อื่นๆ (โปรดระบุ)...........................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................

**5. ถ้อยแถลงของผู้ยื่นใบสมัคร**

5.1 ข้าพเจ้าขอยื่นใบสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกเป็นที่ปรึกษาโครงการพัฒนาบุคลากรและที่ปรึกษาฯ และ

□ ยินยอมให้เผยแพร่ชื่อ สถานที่ติดต่อ เบอร์โทรศัพท์ของข้าพเจ้าอันเป็นการบ่งชี้ตัวของข้าพเจ้าที่อยู่ในครอบครองสถาบันส่งเสริมความปลอดภัยฯ เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติภารกิจตามวัตถุประสงค์โครงการฯ โดยเผยแพร่ให้แก่บุคคลหรือหน่วยงานอื่นเฉพาะกรณีเพื่อการติดต่อในเรื่องการทำงานเกี่ยวกับการเป็นที่ปรึกษา

□ ไม่ยินยอม ให้เผยแพร่ชื่อ สถานที่ติดต่อ เบอร์โทรศัพท์ของข้าพเจ้าฯ

**หมายเหตุ**

**1. รายการที่เป็นเอกสารถ่ายสำเนาทุกฉบับให้ผู้สมัครเขียนคำรับรองว่า “สำเนาถูกต้อง” ลงชื่อ ลงวันเดือนปี กำกับไว้มุมบนด้านขวาทุกหน้าของสำเนาเอกสาร**

**2. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (องค์การมหาชน) 18 ถนนบรมราชชนนี แขวงฉิมพลี เขตตลิ่งชัน กรุงเทพฯ 10170**

**โทร.085 656 8864 หรือ 061 862555500 E-mail** [**khanittha.s@tosh.or.th**](mailto:khanittha.s@tosh.or.th) **หรือ** [**nanticha.o@tosh.or.th**](mailto:nanticha.o@tosh.or.th)

ลงชื่อผู้สมัคร................................................

(...................................................)

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