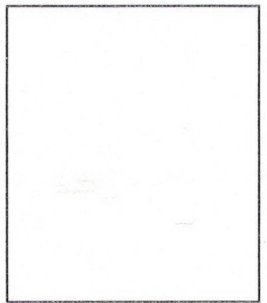


ใบสมัครอาสาสมัครโครงการโรงพยาบาลมีสุข มูลนิธิกระจกเงา



1. ประวัติส่วนตัว/ Personal Information

ชื่อ – นามสกุล (นาย / นาง / นางสาว).....ชื่อเล่น.....

วัน/ เดือน/ ปีเกิด.....อายุ.....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

สัญชาติ.....ศาสนา.....อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....

2. ที่อยู่ปัจจุบัน/ Address

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

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

โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....Facebook.....

บุคคลที่ติดต่อได้ยามฉุกเฉิน.....โทรศัพท์มือถือ.....

3. ประวัติการศึกษา/ Education Background

จบการศึกษาสูงสุด (กำลังศึกษา/จบการศึกษา) จากสถาบัน.....

วุฒิ/ระดับการศึกษา.....สาขา/วิชาเอก.....

1. ประสบการณ์การทำงานด้านอาสาสมัคร

.....

2. ทักษะหรือความสามารถพิเศษ.....

.....

3. โรคประจำตัว.....

ลงชื่อผู้สมัคร.....

วันที่.....

หลักฐานการสมัคร

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ บัตรประจำตัวนักเรียน/บัตรประจำตัวนักศึกษา

รูปถ่ายติดใบสมัคร ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป