ผู้สมัครโปรดพิมพ์เอกสารฉบับนี้แนบมาพร้อมกับใบสมัครทุกครั้ง !!!

ตำแหน่ง	
เลขประจำตัวสอบ	
ชื่อ - นามสกุล	
บ้านเลขที่	หมู่ที่
ตรอก/ซอย	ถนน
ตำบล/แขวง	อำเภอ/เขต
จังหวัด	รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์มือถือ	

ตำแหน่ง	
เลขประจำตัวสอบ	
ชื่อ - นามสกุล	
บ้านเลขที่	หมู่ที่
ตรอก/ซอย	ถนน
ตำบล/แขวง	อำเภอ/เขต
จังหวัด	รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์มือถือ	

ตำแหน่ง	
เลขประจำตัวสอบ	
ชื่อ - นามสกุล	
บ้านเลขที่	หมู่ที่
ตรอก/ซอย	ถนน
ตำบล/แขวง	อำเภอ/เขต
จังหวัด	รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์มือถือ	

ตำแหน่ง	
เลขประจำตัวสอบ	
ชื่อ - นามสกุล	
บ้านเลขที่	หมู่ที่
ตรอก/ซอย	ถนน
ตำบล/แขวง	อำเภอ/เขต
จังหวัด	รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์มือถือ	

ตำแหน่ง	
เลขประจำตัวสอบ	
ชื่อ - นามสกุล	
บ้านเลขที่	หมู่ที่
ตรอก/ซอย	ถนน
ตำบล/แขวง	อำเภอ/เขต
จังหวัด	รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์มือถือ	

ตำแหน่ง	
เลขประจำตัวสอบ	
ชื่อ - นามสกุล	
บ้านเลขที่	หมู่ที่
ตรอก/ซอย	ถนน
ตำบล/แขวง	อำเภอ/เขต
จังหวัด	รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์มือถือ	

ตำแหน่ง	
เลขประจำตัวสอบ	
ชื่อ - นามสกุล	
บ้านเลขที่	หมู่ที่
ตรอก/ซอย	ถนน
ตำบล/แขวง	อำเภอ/เขต
จังหวัด	รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์มือถือ	

ตำแหน่ง	
เลขประจำตัวสอบ	
ชื่อ - นามสกุล	
บ้านเลขที่	หมู่ที่
ตรอก/ซอย	ถนน
ตำบล/แขวง	อำเภอ/เขต
จังหวัด	รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์มือถือ	

ตำแหน่ง	
เลขประจำตัวสอบ	
ชื่อ - นามสกุล	
บ้านเลขที่	หมู่ที่
ตรอก/ซอย	ถนน
ตำบล/แขวง	อำเภอ/เขต
จังหวัด	รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์มือถือ	

หมายเหตุ : หากมีการ**เปลี่ยนแปลงที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์** ขอให้ผู้สมัครสอบพิมพ์แบบฟอร์มเขียนข้อมูลใหม่ ส่งมาที่กลุ่มงานสรรหาบุคคล กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พร้อมโทรแจ้งการเปลี่ยนแปลงที่หมายเลข 02- 5901346 โดยด่วน !!!