



มูลนิธิธรรมิกชนเพื่อคนตาบอดในประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

ใบสมัครงาน

วันที่เดือน พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการมูลนิธิธรรมิกชนเพื่อคนตาบอดในประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อายุ ปี
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ออกให้ ณ วันหมดอายุ
ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร์ เลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล
อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
มีความประสงค์จะสมัครเข้าทำงานในตำแหน่ง
อัตราเงินเดือนขั้นต้น เดือนละ บาท โดยยินดีปฏิบัติตามระเบียบของมูลนิธิธรรมิกชนเพื่อ
คนตาบอดในประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ทุกประการ

ข้าพเจ้าสัญญาว่า หากทำงานยังไม่ครบเดือน ข้าพเจ้าจะไม่ขอรับเงินเดือนถ้าไม่ประสงค์จะทำงานต่อไป
หากข้าพเจ้าจะลาออกจะแจ้งให้ทราบล่วงหน้า 1 เดือน หรือมิฉะนั้นข้าพเจ้าไม่ขอรับเงินเดือนเดือนสุดท้าย

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับสมัคร
(.....)

คำรับรองของผู้รับรองและคำประกัน

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อายุ ปี
 บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ออกให้ ณ วันหมดอายุ
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล
 อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 โทรศัพท์ มีฐานะเป็น ของผู้สมัคร
 ขอรับรองในความประพฤติและความเสียหายใดๆ ที่ผู้สมัครก่อขึ้น และยินดีชดใช้ค่าเสียหายที่ผู้สมัครก่อขึ้นทุก
 ประการ

ลงชื่อ ผู้รับรอง
 (.....)

ลงชื่อ พยาน
 (.....)

