



รูปถ่าย
1 นิ้ว

ใบสมัครเข้าปฏิบัติงานในตำแหน่งอาจารย์
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

1. ชื่อ - สกุล.....
สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
2. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน
(นับถึงวันยื่นใบสมัคร)
3. เกิดตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
4. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
5. ขอสมัครเข้าปฏิบัติงานสังกัด
() สาขาวิชา / แผนกวิชา.....คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
() โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
6. ชื่อ - สกุลบิดา.....
สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
7. ชื่อ - สกุลมารดา.....
สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
8. การศึกษาในประเทศไทย ชั้นมัธยมศึกษา
ตั้งแต่ พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....ศึกษาในโรงเรียน.....
จังหวัด.....จบชั้น.....เมื่อ พ.ศ.....
ได้รับประกาศนียบัตร.....ของกระทรวงศึกษาธิการ
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
9. การศึกษาในประเทศไทย ชั้นอุดมศึกษา
ตั้งแต่ พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....ศึกษาวิชา.....
ซึ่งมีหลักสูตร.....ปี ใน.....
ได้รับปริญญา อนุปริญญา ประกาศนียบัตร.....
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ตั้งแต่ พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....ศึกษาวิชา.....
ซึ่งมีหลักสูตร.....ปี ใน.....
ได้รับปริญญา.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

10. การศึกษาในต่างประเทศ ชั้นอุดมศึกษา

ตั้งแต่ พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....ศึกษาวิชา.....

ซึ่งมีหลักสูตร.....ปี ใน.....

ได้รับปริญญา อนุปริญญา ประกาศนียบัตร.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตั้งแต่ พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....ศึกษาวิชา.....

ซึ่งมีหลักสูตร.....ปี ใน.....

ได้รับปริญญา.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตั้งแต่ พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....ศึกษาวิชา.....

ซึ่งมีหลักสูตร.....ปี ใน.....

ได้รับปริญญา.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

11. ความรู้พิเศษ

.....
.....

12. การดูงานหรือการวิจัย

.....
.....

13. หนังสือหรือบทความทางวิชาการที่เรียน

.....
.....

14. ข้าพเจ้าขอเสนอรูปถ่ายปริญญาบัตร อนุปริญญา ประกาศนียบัตร และหลักฐานเอกสารที่เกี่ยวข้อง
มาดังต่อไปนี้

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

15. ข้าพเจ้าขอเสนอผู้มีรายนามต่อไปนี้ ซึ่งเป็นอาจารย์สอน ควบคุมการวิจัยหรืออาจารย์ที่ปรึกษา

จำนวนอย่างน้อย 3 คน เป็นผู้เขียนหนังสือรับรองเข้าปฏิบัติงานในตำแหน่งอาจารย์/ตำแหน่งทันตแพทย์

1. ชื่อ.....สถานที่ติดต่อ.....

2. ชื่อ.....สถานที่ติดต่อ.....

3. ชื่อ.....สถานที่ติดต่อ.....

ลงนาม.....ผู้สมัคร

(.....)

ยื่นใบสมัครวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....