



ใบสมัครผู้สอบบัญชี
สหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำกัด

ลำดับ.....

รูปถ่าย

1 นิ้ว

จำนวน 2 รูป

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(1) ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
อายุ.....ปี ผู้สอบบัญชีรับอนุญาตเลขทะเบียน.....
ขอสมัครเป็นผู้สอบบัญชี ประจำปี.....

(2) โทรศัพท์สำนักงาน.....โทรศัพท์มือถือ.....

(3) วุฒิกการศึกษา

(1).....สถานศึกษา.....

(2).....สถานศึกษา.....

(3).....สถานศึกษา.....

(4) ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
โทรศัพท์มือถือ.....ID Line.....
E-mail.....

(5) สถานที่ติดต่อ.....

(6) ประสบการณ์ทำงานที่สำคัญ (พอสังเขป).....

หากตรวจสอบพบภายหลังว่าข้าพเจ้ามีคุณสมบัติขัดกับประกาศรับสมัครฯ ข้าพเจ้าขอสละสิทธิในการสมัคร
รับการคัดเลือก โดยไม่ขอคัดค้านหรือร้องเรียนใด ๆ ทั้งสิ้น

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

ยื่น ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนของเจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ

1.ได้รับเอกสารแล้ว ☐ ครบถ้วน ☐ ไม่ครบถ้วน

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....น.