



ใบสมัครงาน (Application for Employment)

บริษัท โรงพยาบาลราชพฤกษ์ จำกัด (มหาชน)

โปรดกรอกข้อมูลส่วนบุคคลลงในแบบฟอร์มนี้ เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาการรับท่านเข้าทำงาน อนึ่งในกรณีที่ท่าน ไม่ผ่าน การพิจารณารับเข้าทำงาน ข้อมูลในใบสมัครจะถูกเก็บรักษาไว้อีกเป็นระยะเวลา 1 ปี เพื่อพิจารณาความเหมาะสมกับตำแหน่งงานอื่น ในกรณีที่ท่าน ผ่าน การพิจารณารับเข้าทำงาน ข้อมูลในใบสมัครจะถูกเก็บรักษาไว้ตลอดระยะเวลาการเป็นพนักงาน/ลูกจ้าง และเก็บต่อเนื่องอีกเป็นระยะเวลา 2 ปี เพื่อกรณีต้องใช้เป็นหลักฐานประกอบการใช้สิทธิเรียกร้องตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ.2541

ตำแหน่งงานที่สมัคร : เงินเดือนที่ต้องการ :

Position applied for : Expected salary :

กรุณาระบุตัวท่านเอง เพื่อให้ห้องกรรผู้จ้างตัวท่านมากขึ้น

(Please provide any further information about yourself which will allow our company to know you better.)

.....

.....



ประวัติส่วนตัว (Personal Data)

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

Name in English (Mr./Mrs./Miss)..... Nickname.....

เพศ(Sex) ชาย(Male) หญิง(Female) วัน/เดือน/ปีเกิด Date of Birth

อายุ (Age) ปี กรุ๊ปเลือด (Blood groups)..... สัญชาติ (Nationality)..... เชื้อชาติ(Race)..... ศาสนา(Religion)

บัตรประชาชนเลขที่(Identification card) วันที่ออกบัตร(Date of Issue) วันหมดอายุ(Date of Expiry).....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ ชื่อหมู่บ้าน หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

เบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้ เบอร์โทรสำรอง

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ ชื่อหมู่บ้าน หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

สถานภาพ โสด สมรส(จดทะเบียน) สมรส(ไม่จดทะเบียน) หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่

ชื่อคู่สมรส (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี อาชีพ

สถานที่ทำงานของคู่สมรส เบอร์โทรศัพท์

ข้อมูลบุตร มีบุตร ไม่มีบุตร จำนวนบุตร : ชาย คน หญิง คน รวมทั้งหมด คน

กรณีฉุกเฉินติดต่อคุณ ความสัมพันธ์

ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์

สถานะทางการทหาร ศึกษาวิชาทหาร ผ่านการเกณฑ์ทหาร ได้รับการยกเว้น อื่นๆ.....

ประวัติสุขภาพ (Health History)

น้ำหนัก(Weight)..... กิโลกรัม ส่วนสูง (Height)..... เซนติเมตร

โรคประจำตัว

ประวัติการแพ้ยา/แพ้อาหาร.....

ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ได้รับทั้งหมด..... เข็ม (โปรดแนบเอกสารรับรองการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19)

1.เข็มที่1ได้รับวัคซีน.....วันที่ได้รับ(วัน/เดือน/ปี)..... 3.เข็มที่3ได้รับวัคซีน.....วันที่ได้รับ(วัน/เดือน/ปี).....

2.เข็มที่2ได้รับวัคซีน.....วันที่ได้รับ(วัน/เดือน/ปี)..... 4.เข็มที่4ได้รับวัคซีน.....วันที่ได้รับ(วัน/เดือน/ปี).....

ประวัติการศึกษา (Education Record)

ระดับการศึกษา (Level of education)	ชื่อสถาบัน (Name of Institute)	ปีการศึกษา (Year Attended)		สาขาที่สำเร็จ (Faculty/Major)	เกรดเฉลี่ย GPA
		จาก(From)	ถึง(To)		
มัธยมศึกษาตอนต้น (Junior high school)					
มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า (High school)					
อาชีวศึกษา (Vocational Certificate/Diploma)					
ปริญญาตรี (Bachelor's Degree)					
ปริญญาโท (Master's Degree)					
อื่นๆ (Other)					

ประวัติการทำงาน (Working History)

ชื่อสถานที่ทำงาน/แผนก/เบอร์โทร	ที่อยู่ทำงานเดิม	ตำแหน่งงาน	ระยะเวลา	สาเหตุที่ลาออก
ล่าสุด				
ก่อนหน้า				

หัวหน้าหน่วยงานเดิมที่สามารถรับรองความประพฤติของท่าน อย่างน้อย 1 ท่าน

ชื่อ-สกุล	อาชีพ/ตำแหน่ง	ที่อยู่	เบอร์โทรศัพท์

ประวัติการฝึกอบรม (Training Record)

ชื่อหลักสูตร (Training Course)	จัดอบรมโดยสถาบัน (Institute)	วันที่อบรม (Date)	ระยะเวลา

ความสามารถทางด้านภาษา (Language Skill)

ประเภทภาษา (Language)	การพูด (Speaking)			การอ่าน (Reading)			การเขียน (Writing)		
	ดีมาก (Excellent)	ดี (Good)	พอใช้ (Fair)	ดีมาก (Excellent)	ดี (Good)	พอใช้ (Fair)	ดีมาก (Excellent)	ดี (Good)	พอใช้(Fair)
ไทย (Thai)									
อังกฤษ (English)									
อื่นๆ (Others).....									

เหตุผลที่สมัครงานกับบริษัทฯ.....

ความสามารถในการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Computer skills)

ความสามารถพิเศษอื่นๆ (Special skills)

คติพจน์ประจำใจ(Quote/Motto)

พนักงานในบริษัท/โรงพยาบาลที่ท่านรู้จัก ชื่อ-สกุล..... ความสัมพันธ์.....

ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (กรุณาตอบคำถาม)

ให้เล่าประสบการณ์การทำงานจากที่ทำงานเดิมที่**ประทับใจและไม่ประทับใจ** (กรุณาตอบคำถาม)

ข้าพเจ้าในฐานะ เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ยินยอมมอบเอกสารและหลักฐานประกอบการสมัครงานนี้ให้แก่บริษัท และอนุญาตให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า เพื่อวัตถุประสงค์หลักในการบริหารจัดการเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในการจ้างแรงงานและการบริหารงานบุคคลในองค์กร อันเป็นการจำเป็นโดยชอบด้วยกฎหมายและตามพระราชบัญญัติ(พ.ร.บ.)คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 เท่านั้น

(I, as the data subjects consent to provide/give the documents and the evidences for this job application to the company and allow the company to collect, use or disclose my personal data, primarily for the purposes of managing relations in employment and Human Resources management in the company, in accordance by law and under the Personal Data Protection Act (B.E. 2562) only.)

ทั้งนี้ข้าพเจ้าไม่เป็นบุคคลยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดทุกประเภท ไม่เป็นผู้เสพ และผู้ขาย

I am not a person who concerned in all kinds of drugs. I am not a drug addicts and dealer.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวทั้งหมดในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ หลังจากบริษัทจ้างเข้ามาทำงานแล้วปรากฏว่า ข้อความในใบสมัครงานเอกสารที่นำมาแสดง หรือรายละเอียดที่ให้ไว้ไม่เป็นความจริง บริษัทฯ มีสิทธิ์ที่จะเลิกจ้างข้าพเจ้าโดยไม่จ่ายเงินชดเชยหรือค่าเสียหายใดๆ ทั้งสิ้น

(I certify all statement given in this application form is true if any is found to be untrue after engagement. The company has right to terminate my employment without compensation or severance pay what so ever.)

..... ผู้สมัครงาน

(.....)

วันที่.....



หนังสือแสดงความยินยอมในการเก็บรวบรวมใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล
(สำหรับผู้สมัครงาน)

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาวอายุ..... ปีเลข
ประจำตัวบัตรประชาชน / เลขหนังสือเดินทาง (“ผู้สมัครงาน”) ขอให้ความยินยอมกับ บริษัท
โรงพยาบาลราชพฤกษ์ จำกัด (มหาชน) (“โรงพยาบาล”) ในฐานะผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลในการดำเนินการเก็บรวบรวม ใช้และ
เปิดเผย (การประมวลผล) ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. วัตถุประสงค์ในการประมวลผล

1.1. ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลประมวลผลข้อมูลส่วนและข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นข้อมูลอ่อนไหวเช่น ข้อมูลเกี่ยวกับ
สภาวะสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ การกระทำการหรือถูกกล่าวหาว่ากระทำการที่เป็นความผิดหรือเกี่ยวข้องกั
การดำเนินคดี แต่ไม่รวมประวัติอาชญากรรม เพื่อใช้ประกอบการพิจารณารับข้าพเจ้าเข้าทำงานกับโรงพยาบาล
รวมทั้งติดต่อสื่อสารกับข้าพเจ้าในเรื่องดังกล่าว

ยินยอม ไม่ยินยอม

1.2. เพื่อวัตถุประสงค์ในการสร้างสถิติแบบผลรวมโดยไม่ระบุตัวตน ข้าพเจ้ายินยอมโดยสมัครใจให้โรงพยาบาล
ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นข้อมูลอ่อนไหว เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพทางร่างกาย
และจิตใจ การกระทำการหรือถูกกล่าวหาว่ากระทำการที่เป็นความผิดหรือเกี่ยวข้องกับการดำเนินคดี แต่ไม่รวม
ประวัติอาชญากรรม เพื่อสร้างสถิติแบบผลรวมโดยไม่ระบุตัวตนสำหรับใช้ในการจัดทำรายงานทางด้านการบริหาร
ทรัพยากรบุคคล โดยโรงพยาบาลสามารถวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลทางสถิติที่ไม่ระบุตัวตนนี้ และอาจแบ่งปัน
แก่ กลุ่มโรงพยาบาลเครือข่ายหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและบุคคลที่สามารถเข้าถึงได้

ยินยอม ไม่ยินยอม

1.3. เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการรับสมัครงานภายในโรงพยาบาลและกลุ่มโรงพยาบาลเครือข่ายหรือหน่วยงานที่
เกี่ยวข้องข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลประมวลผลข้อมูลส่วนและข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นข้อมูลอ่อนไหว เช่น ข้อมูล
เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ การกระทำการหรือถูกกล่าวหาว่ากระทำการที่เป็นความผิดหรือ
เกี่ยวข้องกับการดำเนินคดี แต่ไม่รวมประวัติอาชญากรรม เพื่อจัดเก็บในระบบสารสนเทศในการบริหารทรัพยากร
บุคคลของโรงพยาบาล ซึ่งอาจใช้ระบบร่วมกัน แบ่งปัน หรือโอนข้อมูลดังกล่าวกับกลุ่มโรงพยาบาลเครือข่ายหรือ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งอยู่ในประเทศไทยและต่างประเทศไม่ว่าประเทศนั้นจะมีกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล
ถึงเกณฑ์หรือไม่ถึงเกณฑ์มาตรฐานของกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของประเทศไทย โดยโรงพยาบาลจะต้อง
ปฏิบัติตามขั้นตอนที่เหมาะสมในการคุ้มครองรักษาความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า

ยินยอม ไม่ยินยอม

2. ระยะเวลาในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

2.1. ในกรณีที่ผู้สมัครงานไม่ได้เข้าปฏิบัติงานกับโรงพยาบาลโรงพยาบาลจะจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคลใด ๆ ที่ได้รับจากผู้สมัคร
งานในการสมัครงานไว้เป็นระยะเวลา 1 ปี นับแต่วันที่ได้รับข้อมูลดังกล่าว เพื่อเป็นหลักฐานในกรณีที่เกิดข้อสงสัยหรือ
ข้อร้องเรียนถึงความไม่เป็นธรรมในการคัดเลือกผู้สมัครงานเข้าปฏิบัติงานกับโรงพยาบาล

2.2. ในกรณีที่ผู้สมัครงานได้รับคัดเลือกและตกลงเข้าปฏิบัติงานกับโรงพยาบาล ระยะเวลาที่โรงพยาบาลจะจัดเก็บข้อมูล
ส่วนบุคคลของผู้สมัครงานจะแตกต่างกันไปตามประเภท การใช้งานของข้อมูลนั้น ๆ หรือเท่าที่โรงพยาบาลสามารถ
ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวได้โดยชอบด้วยกฎหมาย ยกตัวอย่าง เช่น โรงพยาบาลจะจัดเก็บข้อมูลส่วน



บุคคลเกี่ยวกับทะเบียนลูกจ้างไว้ไม่น้อยกว่า 2 ปีนับแต่วันสิ้นสุดของการจ้าง โรงพยาบาลอาจจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคลที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดข้อพิพาทได้ในอนาคตตามระยะเวลาของอายุตามกฎหมายแล้วแต่กรณี เป็นต้น

2.3 เมื่อพ้นระยะเวลาตามข้อ 2.1 หรือข้อ 2.2 แล้วโรงพยาบาล จะดำเนินการทำลายข้อมูลส่วนบุคคลนั้นตามขั้นตอนการทำลายข้อมูลของโรงพยาบาล และจะดำเนินการให้แล้วเสร็จโดยไม่ชักช้า

3. ข้อมูลการติดต่อ

การติดต่อสอบถามหรือใช้สิทธิใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล สามารถติดต่อที่

เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

บริษัท โรงพยาบาลราชพฤกษ์ จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 456 ชั้น 14 หมู่ 14 ถนนมิตรภาพ

ตำบลในเมือง อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000

หมายเลขโทรศัพท์ 043-333555 ต่อ 1401

Email : dpo@rph.co.th

4. นโยบายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้าพเจ้าสามารถศึกษาการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่ไหวต่อโรงพยาบาลอย่างละเอียด ซึ่งจะครอบคลุมคำจำกัดความและรายละเอียดในเรื่องต่าง ๆ ที่ระบุในหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ และรวมถึงรายละเอียดในหัวข้อดังต่อไปนี้ ได้จากประกาศนโยบายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลแนบท้ายหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้

- 1) แหล่งที่มาของข้อมูล
- 2) ประเภทของหน่วยงานหรือบุคคลที่สามารถเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลได้
- 3) มาตรการเก็บรักษาและประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล
- 4) การโอนข้อมูลส่วนบุคคลไปยังต่างประเทศ
- 5) สิทธิและการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของท่านในฐานะเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

เพื่อเป็นหลักฐานแห่งนี้น้ำข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจยอมรับหนังสือแสดงความยินยอมในการเก็บรวบรวมใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สมัครงานรวมทั้งนโยบายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลแนบท้ายหนังสือฉบับนี้แล้ว

ลงชื่อ _____ ผู้สมัครงาน

วันที่ _____

เอกสารประกอบการสมัครงานโรงพยาบาลราชพฤกษ์

- | | | |
|--|---|------|
| <input type="checkbox"/> ใบทรานสคริปต์ (Transcript) หรือ ใบแสดงผลการเรียน | 2 | ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาใบปริญญาบัตร/สำเนาวุฒิการศึกษา
(**กรณีที่ได้ใบปริญญาบัตรแล้วต้องใช้ใบปริญญาบัตรเท่านั้น) | 2 | ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาใบประกอบวิชาชีพ(พยาบาลวิชาชีพ, เภสัชกร, นักรังสีเทคนิค, นักเทคนิคการแพทย์, กายภาพบำบัด, นักโภชนาการ หรือ ตำแหน่งอื่นๆที่มีใบประกอบวิชาชีพ) | 2 | ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> กรณีสมัครพยาบาลวิชาชีพจะต้องมีสำเนาบัตรสมาชิกสภาพยาบาล | 2 | ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> กรณีสมัครผู้ช่วยพยาบาลและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยสำเนาใบผ่านอบรมหลักสูตร ผู้ช่วยพยาบาล, ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและแนบวุฒิ ม.6, ปวช., ปวส. | 2 | ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน | 2 | ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน | 2 | ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> รูปถ่ายหน้าตรง 1 นิ้ว หรือ 1/2 นิ้ว | 2 | ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองการทำงาน(ถ้ามี) | 2 | ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> เอกสารรับรองการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 (ต้องได้รับ 3 เข็มขึ้นไป) | 2 | ฉบับ |