

ใบสมัครผู้ประกอบการร้านค้าเพื่อจำหน่ายอาหารในโรงพยาบาล  
โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศิลปากร ประจำปีการศึกษา 2562

รูปถ่าย

วันที่สมัคร.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

นาย  นาง  นางสาว ชื่อ ..... นามสกุล .....

เลขประจำตัวประชาชน ---

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ตำบล/แขวง.....  
ถนน..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ (บ้าน) ..... โทรศัพท์ (มือถือ) .....

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) ..... โทรศัพท์ (โทรศาร).....

E-Mail .....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ประกอบการและกิจการ

ชื่อสถานประกอบการ.....

ที่ตั้งปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ตำบล/แขวง.....

ถนน..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรศัพท์ (โทรศาร).....

E-Mail ..... เว็บไซต์สถานประกอบการ.....

## ประเภท : ร้านค้าประกอบการร้านจำหน่ายอาหาร

## รายละเอียด (เพื่อความเข้าใจเบื้องต้นของคณะกรรมการ)

ลงลายมือชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

หลักฐานการสมัคร

- ใบสมัคร
- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- รูปถ่าย 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป โดยเขียน ชื่อ-สกุล ไว้ด้านหลังรูป
- ใบรับรองแพทย์ ซึ่งออกให้ไม่เกิน 1 เดือน
- หนังสือรับรอง หรืออุณิบัตรที่ออกให้จากหน่วยงานราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- สำเนาเอกสารประกาศนียบัตรการสุขภาพบุคคล (ถ้ามี) จำนวน 1 ใบ

ลงลายมือชื่อ.....ผู้ตรวจใบสมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ผลการพิจารณา

- ผ่าน
- ไม่ผ่าน เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

วันที่.....เดือน กันยายน พ.ศ. 2562