



ใบสมัครงาน

บริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน)

ข้อมูลส่วนตัวของผู้สมัคร

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย)	Name – Surname (English)		ชื่อเล่น (ภาษาไทย)
เลขประจำตัวบัตรประชาชน	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ (ปี)	ภูมิลำเนา

ที่อยู่ปัจจุบัน

โทรศัพท์มือถือ	Line ID	E-mail address
----------------	---------	----------------

สถานภาพทางการแพทย์ (เฉพาะผู้สมัครเพศชายเท่านั้น)

ได้รับการยกเว้น ยังไม่ผ่านเกณฑ์ทหาร เรียนรักษาดินแดน รับราชการทหารแล้ว

ตำแหน่งงานที่สมัคร

ตำแหน่งงานที่สมัคร	วันที่พร้อมเริ่มงาน	เงินเดือนที่ต้องการ
--------------------	---------------------	---------------------

ประวัติการศึกษา

ปี พ.ศ. ที่จบ	ระดับการศึกษา	ชื่อสถานศึกษา	วุฒิที่ได้รับ	สาขา/ภาควิชา	คะแนนเฉลี่ย
	ปริญญาเอก				
	ปริญญาโท				
	ปริญญาตรี				
	อนุปริญญา/ปวส.				
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.				

การฝึกงาน หรือ ฝึกอบรม

ปี พ.ศ.	ชื่อหลักสูตร	ระยะเวลา	สถาบัน	จังหวัด

ประวัติการทำงาน (เรียงจากปัจจุบันไปหาอดีต)

ว/ด/ป (เริ่ม)	ว/ด/ป (จบ)	ชื่อบริษัท	ตำแหน่ง	เงินเดือน	สาเหตุที่ลาออก

บุคคลอ้างอิง (เช่น อดีตนายจ้างหรือผู้ร่วมงาน ซึ่งไม่ใช่เพื่อนหรือญาติ)

ชื่อ - นามสกุล	ความสัมพันธ์	สถานที่ทำงาน	โทรศัพท์

ความสามารถทางด้านภาษา ด้านคอมพิวเตอร์ และด้านการขับขี่

1. ภาษาต่างประเทศ			
1.1 English	<input type="checkbox"/> Beginner	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> Advanced
1.2 Other	<input type="checkbox"/> Beginner	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> Advanced
2. โปรแกรมคอมพิวเตอร์			
2.1 Microsoft (Word, Excel, PowerPoint)	<input type="checkbox"/> Beginner	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> Advanced
2.2 Other	<input type="checkbox"/> Beginner	<input type="checkbox"/> Intermediate	<input type="checkbox"/> Advanced
3. การขับขี่ยานพาหนะ			
3.1 รถยนต์	<input type="checkbox"/> ได้	<input type="checkbox"/> ไม่ได้	
3.2 รถจักรยานยนต์	<input type="checkbox"/> ได้	<input type="checkbox"/> ไม่ได้	

ข้อมูลเพิ่มเติม

1. เหตุผลที่ต้องการมาร่วมงานกับ บริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน)
2. บุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน	ชื่อ ความสัมพันธ์ สถานที่ทำงาน โทรศัพท์
3. มีความบกพร่องต่อร่างกายหรือเป็นโรคเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ
4. เคยเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุอย่างหนักหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ
5. สุขภาพในระยะสองปีที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ไม่ดี ระบุ
6. เป็นผู้ที่มึนคืด เคยจำคุกหรือต้องโทษทางอาญา	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ ระบุ
7. เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงด้านการฟอกเงินหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ ระบุ
8. เป็นผู้มีประวัติล้มละลายหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ ระบุ
9. มีเพื่อนหรือญาติทำงานที่บริษัทนี้หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุชื่อ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลทั้งหมดที่ระบุไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ หากพบหรือปรากฏเป็นความเท็จ ภายหลังจากกระบวนการจ้างงานเสร็จสมบูรณ์แล้ว ทางบริษัทฯ มีสิทธิ์ที่จะยกเลิกสัญญาจ้างงาน โดยไม่ต้องจ่ายเงินชดเชยความเสียหายใดใดทั้งสิ้น และยินดีให้บริษัทฯ สอบถามรายละเอียดต่างๆ ได้จากหน่วยงาน หรือบุคคลซึ่งข้าพเจ้าได้อ้างอิงไว้ในใบสมัครนี้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ ตรวจสอบประวัติส่วนบุคคล ประวัติอาชญากรรม ตรวจสอบข้อมูลการเป็นบุคคลล้มละลาย การเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงด้านการฟอกเงินฯ และประวัติ/ประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาของข้าพเจ้าไปยังบุคคล และ/หรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาการคัดเลือกตามตำแหน่งที่ข้าพเจ้าสมัคร

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวข้างต้นสำหรับวัตถุประสงค์ในการสมัครงาน ที่เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของประเทศไทย (Thailand's Personal Data Protection Act – PDPA) หรือกฎหมาย/ระเบียบข้อบังคับอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง สำหรับผู้สมัครที่ไม่ได้รับการจ้างงานเป็นพนักงาน บริษัทฯ จะเก็บเอกสารข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สมัครไว้เป็นระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งเมื่อครบกำหนดเวลา บริษัทฯ จะทำลายเอกสารด้วยวิธีการที่เหมาะสม

ชื่อ-นามสกุล	ลายมือชื่อ
วันที่สมัคร	