



แบบฟอร์มกรอกข้อมูลประวัติบุคลากรและบุคคลในครอบครัว
 (ผู้บรรจุใหม่ของคุณฯ) (ประเภทไม่เต็มเวลา, ลูกจ้างโครงการฯ)

Access Control No **ส่วนของผู้เจ้าหน้าที่กรอกข้อมูล** S

6									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 วันที่บรรจุ/วันที่เริ่มสัญญา รหัสบุคคล

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 วันที่จ้างถึง/สิ้นสุดสัญญา
 ประเภทการจ้าง () พนักงานมหาวิทยาลัยคณะฯ ประเภทไม่เต็มเวลา () ลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ ประเภทไม่เต็มเวลา
 () ลูกจ้างโครงการวิจัยฯ
 ประเภทตำแหน่ง.....กลุ่ม ตำแหน่ง/งาน.....ระดับ () 1 () ปฏิบัติการ () ช่วยปฏิบัติการ
 ตำแหน่ง.....สังกัดภาควิชา/ฝ่าย/งาน
 หน่วยย่อย.....หน่วยย่อย.....
 สังกัดภายใต้ () ภาควิชา () กลุ่มสาขาวิชา () สำนักงานคณบดี () โรงพยาบาล () ศูนย์การแพทย์ศิริกิติ์ () ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์
 () ศูนย์สนับสนุนพันธกิจ () ศูนย์ความเป็นเลิศ () ศูนย์นโยบายและการจัดการสุขภาพ () สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม
 () สำนักงานการศึกษา () โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี () สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ () โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤเบดินทร์
 () ลจ.เงินกองทุนสวัสดิการคณะฯ () ลจ.เงินมูลนิธิรามาธิบดี () ลจ.โครงการฯ () อื่นๆ.....
 *คุณวุฒิที่บรรจุ วุฒิบัตร อนุมัติบัตร ประกาศนียบัตร ปริญญาเอก ปริญญาโท ปริญญาตรี ปวส. ปวช. ป.6 ม.3 ม.6
 อื่นๆ..... **ต้องมีใบประกอบวิชาชีพ** () มี () ไม่มี

บุคลากร

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว และฐานันดรศักดิ์/ยศ (ถ้ามี).....นามสกุล.....
 ชื่อ-สกุล ภาษาอังกฤษ (กรอกตัวพิมพ์ใหญ่เท่านั้น)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 วัน/เดือน/ปี(พ.ศ.) ที่เกิด

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

 แพ้ผื่นคนไข้ (HN) รพ.รามาธิบดี

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 สัญชาติ ไทย อื่นๆ..... ศาสนา พุทธ อิสลาม คริสต์ (นิกาย.....) อื่นๆ.....
 เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 หมู่โลหิต A / B / AB / O
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่.....หมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

--	--	--	--	--	--

 โทรศัพท์บ้าน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 มือถือ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 E-mail ถ้ามี (กรอกตัวพิมพ์ใหญ่เท่านั้น).....
 สถานภาพบุคลากร - ผู้บรรจุใหม่ โสด หย่า จดทะเบียนหย่าวันที่.....
 หม้าย สมรส จดทะเบียนสมรสวันที่.....
 คู่สมรสเป็นบุคลากรของคุณฯ () เป็น () ไม่เป็น
 บุคลากรมีความพิการทางด้านใดหรือไม่ () ไม่มี () มี โปรดระบุ.....

คุณวุฒิที่บรรจุ (กรอกเฉพาะคุณวุฒิที่ใช้ในการบรรจุเท่านั้น)

1. **คุณวุฒิแรกบรรจุ (1)** ปริญาเอก ปริญาโท ปริญาตรี ปวส. ปวช. ม.3 ม.6 อื่นๆ.....
 สถานะเอกสาร () ฉบับสมบูรณ์ () หนังสือรับรอง

ชื่อวุฒิการศึกษา..... สาขา/วิชาเอก

วันที่เริ่มการศึกษา.....วันที่จบการศึกษา.....สถานศึกษา

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี)..... ออกให้ ณ วันที่

สถานะเอกสาร () ฉบับสมบูรณ์ () หนังสือรับรอง วันหมดอายุ () ตลอดชีพ () มีอายุ.....ปี หมดอายุวันที่.....

2. **คุณวุฒิแรกบรรจุ (2)** ปริญาเอก ปริญาโท ปริญาตรี ปวส. ปวช. อื่นๆ.....
 สถานะเอกสาร () ฉบับสมบูรณ์ () หนังสือรับรอง

ชื่อวุฒิการศึกษา..... สาขา/วิชาเอก

วันที่เริ่มการศึกษา.....วันที่จบการศึกษา.....สถานศึกษา

3. **คุณวุฒิแรกบรรจุ (3)** ปริญาเอก ปริญาโท ปริญาตรี ปวส. ปวช. อื่นๆ.....
 สถานะเอกสาร () ฉบับสมบูรณ์ () หนังสือรับรอง

ชื่อวุฒิการศึกษา..... สาขา/วิชาเอก

วันที่เริ่มการศึกษา.....วันที่จบการศึกษา.....สถานศึกษา

4. **คุณวุฒิแรกบรรจุ (4)** ปริญาเอก ปริญาโท ปริญาตรี ปวส. ปวช. อื่นๆ.....
 สถานะเอกสาร () ฉบับสมบูรณ์ () หนังสือรับรอง

ชื่อวุฒิการศึกษา..... สาขา/วิชาเอก

วันที่เริ่มการศึกษา.....วันที่จบการศึกษา.....สถานศึกษา

*** หมายเหตุของเจ้าของประวัติ

.....

เอกสารประกอบการบรรจุเพื่อทำการบันทึกทะเบียนประวัติและประกอบการขอรับสิทธิประโยชน์ และ สวัสดิการต่าง ๆ

เอกสารของบุคลากรบรรจุใหม่

__ สำเนาใบแสดงผลการศึกษา (Transcript) __ สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ถ้ามี) __ สำเนาปริญญาบัตร/หนังสือรับรองว่าสำเร็จการศึกษา
 __ สำเนาบัตรประชาชน __ สำเนาทะเบียนบ้าน __ สำเนาหลักฐานทางทหาร (สด.8/สด.43)
 __ สำเนาใบสำคัญการสมรส / ทะเบียนสมรส (ถ้ามี) (กรณีสมรสตั้งแต่ เม.ย.2551) __ สำเนาใบสำคัญการหย่า / ทะเบียนหย่า (ถ้ามี)
 __ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อตัว/ชื่อสกุล (ถ้ามี) __ สำเนาใบขับขี่ยานยนต์ (ถ้ามี)

*** **หมายเหตุ** โปรดรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับในเอกสารประกอบข้างต้นนี้ หากท่านประสงค์ขีตคร่อมเอกสารเพื่อไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อการนำเอกสารไปใช้ต่อโปรดขีตคร่อมและใช้ข้อความ “ใช้ประกอบการดำเนินงานของคณะแพทยศาสตร์รพ.รามธิบดีเท่านั้น”
 เนื่องจากคณะฯได้จัดเก็บเอกสารของท่านเข้าระบบการจัดเก็บเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งหากท่านมีการดำเนินการในส่วนอื่นๆของคณะฯ
 และมีความจำเป็นต้องใช้เอกสารนี้ คณะฯจะได้ไม่ต้องขอเอกสารจากท่านใหม่ **ยกเว้น** เอกสารที่มีอยู่แล้วไม่เป็นปัจจุบัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติที่ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริง

และตรงตามหลักฐานทุกประการ

(ลงชื่อ)

(.....)

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ (ฝ่ายบริหารทุนมนุษย์)

บันทึกข้อมูล (SAP) เรียบร้อยแล้ว

Scan เรียบร้อยแล้ว

.....

.....

วันที่.....

วันที่.....

คำขวัญ

อตตานํ อูปมํ กเร

พึงปฏิบัติต่อผู้อื่น เหมือนดังปฏิบัติต่อตนเอง

Do unto others as would have others do unto you.

ปรัชญา

ความสำเร็จที่แท้จริงอยู่ที่การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้

เพื่อประโยชน์สุขแก่มวลมนุษยชาติ

True success is not in the learning , but in its application to the benefit of mankind.

ใบลงนามรับทราบและถือปฏิบัติ

ข้าพเจ้าได้รับ และอ่านคู่มือธรรมเนียมปฏิบัติของมหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว

ข้าพเจ้าเข้าใจ รับทราบและน้อมรับเป็นหลักปฏิบัติในการดำเนินงาน ต่อไป

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....



ใบลงนามรับทราบของผู้บริหาร /

ผู้ปฏิบัติงาน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

๑. ข้าพเจ้าได้รับ / รับทราบประกาศคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เรื่องแนวทาง ปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ พ.ศ.๒๕๕๙ แล้ว
๒. ข้าพเจ้าได้อ่านและมีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ของคณะฯ และเป็น อย่างดี พร้อมทั้งมุ่งมั่นที่จะนำแนวทางดังกล่าวไปยึดถือปฏิบัติ ต่อไป

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....





สปส. 1-03

พม. พร.ส่วนงาน พร.ไม่เต็มเวลา ลจ.ชั่วคราว ลูกจ้างโครงการฯ

แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

ข้อมูลนายจ้าง	สำหรับเจ้าหน้าที่	
ชื่อสถานประกอบการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เลขที่บัญชี 10 – 9000318 – 8 ลำดับที่สาขา 100002 วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน.....เงินเดือน..... ประเภทการจ้าง <input type="checkbox"/> รายวัน <input type="checkbox"/> รายเดือน <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....	เลขที่บัตรประกันสังคม <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
ข้อมูลผู้ประกันตน (กรุณาเขียนตัวบรรจง)		
1. ชื่อ <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> นาง.....ชื่อสกุล..... 2. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง 3. สัญชาติ.....ไทย..... 4. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... 5. เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
6. สถานภาพครอบครัว <input type="checkbox"/> 1.โสด <input type="checkbox"/> 2.สมรส <input type="checkbox"/> 3.ม่าย <input type="checkbox"/> 4.หย่า <input type="checkbox"/> 5.แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่มีบุตร <input type="checkbox"/> มีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน.....คน ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
7. สำหรับคนต่างด้าว ให้กรอกข้อความ ดังนี้ <input type="checkbox"/> ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว เลขที่..... <input type="checkbox"/> หนังสือเดินทาง (PASSPORT) เลขที่..... <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว (WORK PERMIT) เลขที่..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	<p style="text-align: center;">เอกสารที่แนบ</p> <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน <input type="checkbox"/> สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทาง <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว <input type="checkbox"/> อื่น ๆ	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น ถูกต้องตามความเป็นจริงทุกประการ ลงชื่อ.....นายจ้าง (นางสาวนรา เปาอินทร์) รองคณบดีฝ่ายบริหารทุนมนุษย์ ปฏิบัติหน้าที่แทน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี		
ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล		
8. ขอเลือกสถานพยาบาลประกันสังคม.....โรงพยาบาลรามาธิบดี..... ลงชื่อ.....ผู้ประกันตน (.....) วันที่.....		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ผู้รับแบบ) วันที่.....

- คำแนะนำ**
- ผู้ลงชื่อรับรองข้อมูลผู้ประกันตนเป็นผู้มีอำนาจกระทำการผูกพันบริษัทหรือผู้ได้รับมอบอำนาจ
 - กรณีมีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี มากกว่า 2 คน ให้กรอกปี พ.ศ. เกิด เพียง 2 คน ตามลำดับการเกิดก่อนหลังที่มีชีวิตอยู่
 - การแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนต่อสำนักงานประกันสังคมให้แจ้ง ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่รับลูกจ้างเข้าทำงาน
 - เมื่อข้อเท็จจริงที่แจ้งไว้เปลี่ยนแปลง ให้แจ้งเป็นหนังสือต่อสำนักงานประกันสังคม ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยนแปลง ถ้าแจ้งข้อเท็จจริงไม่ถูกต้องจะมีผลต่อสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับตามกฎหมาย