

ใบสมัครโครงการอบรมระยะสั้น

PhotoClinic Setup Program

ชื่อ.....นามสกุล.....

เพศ..... อายุ.....

ที่อยู่.....

.....

.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อ.....

Email.....

สถานที่ทำงาน.....

.....

คุณวุฒิการศึกษา

ปีที่ศึกษา	คุณวุฒิ	สถานศึกษา	จังหวัด

ประสบการณ์การทำงาน

ปีที่ทำงาน	ตำแหน่ง	สถานที่ทำงาน	จังหวัด

บุคคลอ้างอิง

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง	สถานที่ทำงาน	เบอร์โทรศัพท์ /Email

เอกสารประกอบการสมัคร

- แบบฟอร์มใบสมัครที่กรอกข้อมูลครบถ้วน พร้อมรูปถ่ายปัจจุบัน
- หนังสือรับรอง (Letter of recommendation) จากผู้บังคับบัญชา ผู้สนับสนุน หรือบุคคลที่รู้จักท่านในเชิงวิชาชีพ
- ประวัติส่วนตัว (Curriculum Vitae)

