



## แบบยื่นคำขอเข้ารับการทดสอบสมรรถนะบุคคลตามมาตรฐานอาชีพ

\*\* ท่านเคยเข้าร่วมทดสอบกับสถาบันคุณวุฒิวิชาชีพหรือไม่  เคย  ไม่เคย

### ๑. ข้อมูลผู้ยื่นคำขอ (ผู้สมัคร)

เข้ารับการทดสอบสมรรถนะบุคคลตามมาตรฐานอาชีพ ในสาขาวิชาชีพโลจิสติกส์

สาขา งานจัดการขนส่งสินค้าระหว่างประเทศ อาชีพ ผู้ให้บริการขนส่งสินค้าระหว่างประเทศ

คุณวุฒิวิชาชีพชั้น ๒  คุณวุฒิวิชาชีพชั้น ๓  คุณวุฒิวิชาชีพชั้น ๔

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว(ภาษาไทย).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

Name Mr./Mrs./Miss.(ภาษาอังกฤษ).....Surname.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ปัจจุบัน ของผู้สมัคร เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัส ป.ณ..... โทร.....

E-mail.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของผู้สมัคร (ไม่จำเป็นต้องกรอกข้อมูล หากที่อยู่ปัจจุบันตรงตามที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน)

เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัส ป.ณ..... โทร..... E-mail.....

ชื่อสถานที่ทำงาน (ชื่อตามนิติบุคคล) .....

เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัส ป.ณ..... โทร..... โทรสาร..... E-mail.....

ฝ่าย..... แผนก..... ตำแหน่ง.....

ประสบการณ์ทำงาน..... ปี

ประเภทของหน่วยงาน ( ) เอกชน ( ) รัฐวิสาหกิจ ( ) ราชการ ( ) อื่นๆระบุ.....

สถานที่จัดส่งเอกสาร และสามารถติดต่อได้

ที่อยู่ปัจจุบัน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

ที่อยู่สถานที่ทำงาน

กรุณาเลือกวันที่สามารถเข้าสอบข้อเขียน/สัมภาษณ์จากกำหนดการสอบปี ๒๕๖๐

วันที่สอบ.....

\*\*\* สมัครก่อนมีสิทธิในการจองวันสอบก่อน \*\*\*

**๒. เอกสารประกอบการยื่นคำขอเข้ารับการทดสอบสมรรถนะบุคคลตามมาตรฐานอาชีพ**

- ๒.๑ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
- ๒.๒ ประวัติการทำงานปัจจุบัน (Resume) จำนวน ๑ ชุด
- ๒.๓ สำเนาวุฒิการศึกษา (รับรองสำเนา) จำนวน ๑ ชุด
- ๒.๔ สำเนาทะเบียนบ้าน (รับรองสำเนา) จำนวน ๑ ชุด
- ๒.๕ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (รับรองสำเนา) จำนวน ๓ ชุด
- ๒.๖ หนังสือรับรองการผ่านงาน ฉบับจริง พร้อมสำเนา ๑ ชุด
- ๒.๗ ตัวอย่างผลงาน กิจกรรม หรือรางวัลที่เกี่ยวข้องกับการรับรองบุคลากรตามขอบข่ายที่กำหนด (ถ้ามี)

**๓. การชำระค่าธรรมเนียมในการยื่นคำขอเข้ารับการทดสอบสมรรถนะบุคคลตามมาตรฐานอาชีพ**

ผู้สมัครมีความประสงค์

 ชำระค่าทดสอบที่ TIFFA CB (องค์กรรับรองสมรรถนะของบุคคลฯ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

- ข้อมูลตามที่ระบุไว้ในคำขอ รวมทั้งเอกสารและหลักฐานที่แนบประกอบการพิจารณาทั้งหมดเป็นความจริง
- จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการทดสอบสมรรถนะบุคคลตามมาตรฐานอาชีพ ที่อาจมีการแก้ไขหรือกำหนดเพิ่มเติมในภายหลัง
- จะชำระค่าธรรมเนียมซึ่งเกิดขึ้นจากการดำเนินการตามคำขอนี้ภายในระยะเวลาที่สถาบัน กำหนด

ลงชื่อ ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่ ...../...../.....

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ TIFFA CB โทร ๐-๒๐๑๘-๒๘๐๐ ต่อ ๘๙๐๑ - ๘๙๐๘

เจ้าหน้าที่รับคำขอ .....

ตำแหน่ง .....

สำนักรับรองคุณวุฒิวิชาชีพ