



ประกาศโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า  
เรื่อง การรับสมัครคัดเลือกผู้ประกอบการร้านอาหาร โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

.....  
เนื่องด้วย คณะกรรมการสวัสดิการเชิงธุรกิจ ขอประกาศรับสมัครผู้ประกอบการร้านอาหาร เพื่อคัดเลือกเข้าประกอบการในโรงพยาบาล บริเวณพื้นที่ว่างมุมอาคารศูนย์การแพทย์ ๑๘ ชั้น ขนาดพื้นที่ กว้าง ๓.๕๐ เมตร ยาว ๑๖ เมตร รวมเนื้อที่ประมาณ ๕๖ ตารางเมตร ตามรายละเอียดดังนี้

**ร้านค้าที่ประสงค์จะเข้าร่วมคัดเลือกให้ปฏิบัติดังนี้**

๑. ผู้สมัคร ๑ ท่าน สมัครได้เพียง ๑ ครั้ง
๒. ติดต่อขอรายละเอียดและใบสมัครได้ที่ คุณปิ่นนภา แก้วปลั่ง งานสารบรรณ ชั้น ๕ อาคาร เจษฎาภินันท์ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๒๘ ๔๕๖๗ ต่อ ๑๐๕๒๖

๓. วันรับสมัคร

ยื่นใบสมัครด้วยตนเองได้ตั้งแต่วันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ถึง วันอังคารที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ในวันและเวลาราชการ ที่งานสารบรรณ ชั้น ๕ อาคารเจษฎาภินันท์ โดยต้องมาสมัครด้วยตัวเอง เท่านั้น

๔. หลักฐานการรับสมัคร หากไม่นำหลักฐานมาประกอบกับใบรับสมัครจะไม่ได้รับการพิจารณา

- สำเนาบัตรประชาชน ๑ ชุด
- สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ชุด
- รูปถ่ายหน้าตรง ๑ ใบ
- ใบเสนอราคาขอเช่าพื้นที่ (ใส่ซองและปิดผนึกอย่างมิดชิดพร้อมลงลายมือชื่อกำกับ)
- ข้อมูลลักษณะรูปแบบร้านค้า ที่จะดำเนินการประกอบกิจการในเบื้องต้น และรายละเอียดสินค้าที่จะจำหน่ายพร้อมราคาที่เสนอขาย
- ใบประกาศนียบัตรรับรองความสามารถต่างๆ (ถ้ามี)

๕. วันสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือก และประกาศผลการคัดเลือก

- ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ วันพฤหัสบดีที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ผ่าน FACEBOOK Fanpage โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และ [www.pranangkla.go.th](http://www.pranangkla.go.th) ตั้งแต่เวลา ๑๓.๐๐ น. เป็นต้นไป
- นัดสัมภาษณ์และประกาศผลการคัดเลือก วันพุธที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๖๔ ณ ห้องประชุมกลุ่มการพยาบาล ชั้น ๕ อาคารเจษฎาภินันท์ ตั้งแต่เวลา ๐๙.๐๐ น. เป็นต้นไป ทั้งนี้ผู้สมัครจะต้องวางหลักประกันการเสนอราคา จำนวน ๑๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) (หากไม่ผ่านการคัดเลือกทางโรงพยาบาลจะคืนเงินดังกล่าวให้)
- นัดเซ็นสัญญาเป็นผู้ประกอบการของโรงพยาบาล วันจันทร์ที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๔ ณ งานนิติการ ชั้น ๕ อาคารเจษฎาภินันท์ เวลา ๐๙.๐๐ น.

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๔

(นายมนต์เกียรติ เพ็งสมบัติ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ใบสมัครคัดเลือกผู้ประกอบการร้านอาหาร โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

รูปภาพ

เขียนที่ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรื่อง สมัครเป็นผู้ประกอบการร้านอาหาร

เรียน ประธานคณะกรรมการสวัสดิการเชิงธุรกิจ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ข้าพเจ้า ..... อายุ ..... ปี

อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด .....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ ..... มือถือ .....

การศึกษาจบสูงสุด:.....

๑. ขอสมัครเป็นผู้ประกอบการร้านอาหาร ภายใต้ชื่อร้าน

๒. ความรู้ความสามารถพิเศษ / ประสบการณ์

.....

๓. เกียรติบัตร / ใบประกาศนียบัตรที่เคยได้รับ

.....

๔. รายการที่เสนอค่าเช่าพื้นที่/รายละเอียดอื่นๆ (เอกสารที่แนบมาด้วย จำนวน..... แผ่น)

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า หากข้าพเจ้าทำผิดระเบียบ ข้าพเจ้ายินดีที่จะสละสิทธิ์การเป็นผู้ประกอบการฯ ดังกล่าว

..... (ลงชื่อ)

(.....)



