****

**ใบสมัครผู้ตรวจประเมิน มาตรฐานความปลอดภัยในการทำงานของห้องปฏิบัติการ จุฬาฯ**

**โครงการยกระดับความปลอดภัยในการทำงานตามมาตรฐานความปลอดภัยห้องปฏิบัติการ ประจำปี 2566**

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล**

1. ชื่อ-นามสกุล.....................................................................................................................................................

2. ส่วนงาน ..........................................................................................................................................................

3. ที่อยู่ที่ทำงาน ...................................................................................................................................................

4. ตำแหน่ง (ปัจจุบัน) ..........................................................................................................................................

5. ประสบการณ์ทำงานที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ............................... ปี …………………………………........ เดือน

6. ประวัติการศึกษา

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **วุฒิการศึกษาที่ได้รับ** | **สาขา/ภาควิชา** | **ชื่อสถาบัน** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

7. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี)

ชื่อใบอนุญาต ......................................................................................................................................................

วันออกใบอนุญาต........................................................ วันหมดอายุ ...................................................................

8. ประสบการณ์การตรวจประเมิน

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **วันที่** | **สถานประกอบการ/บริษัท/ส่วนงาน** | **ตรวจประเมินระบบ** | **บทบาทหน้าที่** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ลงชื่อ .................................................................. ผู้ตรวจประเมิน

 (................................................................)

 วันที่ .......... / ............ / ............

**ส่วนที่ 2 การตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคล**

|  |  |
| --- | --- |
| **คุณสมบัติ** | **หลักฐาน** |
| 🗆 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป ในสาขา วิทยาศาสตร์ วิศวกรรมศาสตร์ หรือสาขาที่เกี่ยวข้อง🗆 เป็นผู้ปฏิบัติงานในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อย่างน้อย 3 ปี🗆 มีประสบการณ์ในการประเมินสภาพความปลอดภัยห้องปฏิบัติการด้วย ESPReL หรือ BSL Checklist หรือ RS Checklist🗆 ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ตรวจประเมินความปลอดภัยในการทำงานของห้องปฏิบัติการ🗆 ได้รับการขึ้นทะเบียนรายชื่อผู้ตรวจประเมินของมหาวิทยาลัย | 🗆 สำเนารับรองวุฒิการศึกษา🗆 ประกาศนียบัตร/วุฒิบัตร หรือหลักฐานที่แสดงว่าผ่านการเข้าร่วมฝึกอบรม |

 ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ได้สำแดงไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อด้านล่างของเอกสารใบสมัคร พร้อมกับลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารและหลักฐานที่แนบทุกฉบับไว้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ .................................................................. ผู้ตรวจประเมิน

 (................................................................)

 วันที่ .......... / ............ / ............

ส่งใบสมัครได้ที่: shecu@chula.ac.th หรือ แนบไฟล์ในการลงทะเบียนเข้าอบรม “หลักสูตรผู้ตรวจประเมินห้องปฏิบัติการ (รุ่น 2)” บนเว็บไซต์ www.shecu.chula.ac.th ----- > เมนู อบรม/สัมมนา

หากมีความประสงค์สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม โปรดติดต่อ นางสาวธมลวรรณ หิรัญสถิตย์พร

โทรศัพท์ 0-2218-6177 หรือ 09-2946-5992

**ส่วนที่ 3 สรุปผลการตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคล (สำหรับ ศปอส.)**

🗆 อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะดำเนินการต่อไปได้

🗆 อยู่ในเกณฑ์ที่จะดำเนินการต่อไปได้แต่ต้องให้คณะกรรมการประเมินผลงาน

🗆 ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ (ระบุเหตุผล ...............................................................................................)

ลงชื่อ .................................................................. ผู้ตรวจสอบ

 (................................................................)

ตำแหน่ง ...................................................................

 วันที่ .......... / ............ / ............