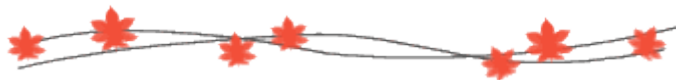




รูปถ่าย
ขนาด ๒ นิ้ว

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรม
โครงการส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมของกลุ่มอาชีพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘
หลักสูตรการฝึกอบรมอาชีพการนวดแพทย์แผนไทยเพื่อสุขภาพ
ณ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าม่วง อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี



หลักสูตร การนวดไทยเพื่อสุขภาพ

ชื่อ - นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ(ระบุ).....)
เลขประจำตัวประชาชนวัน/เดือน/ปีเกิด
อายุ ปี สัญชาติ..... เชื้อชาติ.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบลท่าม่วง..... อำเภอท่าม่วง.....
จังหวัด.....กาญจนบุรี รหัสไปรษณีย์๗๑๑๐.....
เบอร์โทรศัพท์ ID Line
สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่าร้าง ☐ หม้าย

หลักฐานประกอบการสมัคร

- | | |
|---|--------------|
| ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ รูปถ่าย ขนาด ๒ นิ้ว | จำนวน ๒ รูป |
| ☐ ใบรับรองแพทย์ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ อื่นๆ (ระบุ) | |

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่