

ข้อมูลสถานะผู้สมัคร

- โสด
- สมรส ชื่อ/สกุล คู่สมรสอายุ.....อาชีพ.....
 - มีชีวิต ไม่มีชีวิต
- ไม่มีบุตร/ธิดา
- บุตร/ธิดา จำนวน คน
 - ชื่อ/สกุล บุตร/ธิดา คนที่ ๑.....อายุ.....การศึกษา.....
 - มีชีวิต ไม่มีชีวิต
 - ชื่อ/สกุล บุตร/ธิดา คนที่ ๒.....อายุ.....การศึกษา.....
 - มีชีวิต ไม่มีชีวิต
 - ชื่อ/สกุล บุตร/ธิดา คนที่ ๓.....อายุ.....การศึกษา.....
 - มีชีวิต ไม่มีชีวิต

โรคประจำตัว อาหารที่แพ้ หรือยาที่แพ้

ชื่อ/สกุล บุคคลใกล้ชิด เกี่ยวข้องเป็น

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะเข้าร่วมโครงการ และพร้อมที่จะปฏิบัติตามระเบียบ ตลอดจนเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ. ๒๕๖๕