



ใบสมัครเข้าร่วมโครงการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ
เทศบาลเมืองคลองแห กิจกรรมศิลปะบำบัดและกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self Help Group)

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....
บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....ซอย.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....
มือถือ.....อาชีพ.....ระดับการศึกษา.....หมู่โลหิต.....
ชุมชน.....

สถานะภาพสมรส () โสด () สมรสอยู่ด้วยกัน () สมรสแยกกันอยู่ () หม้ายหย่าร้าง
() หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต () อยู่ด้วยกันโดยไม่สมรส () อื่น ๆ(ระบุ).....
ความสามารถพิเศษ.....
โรคประจำตัว..... อื่น ๆ (ระบุ).....
ประกอบอาชีพ.....

บุคคลอื่นที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ..... นามสกุล.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะบำบัดและกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
(Self Help Group) โครงการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ
เทศบาลเมืองคลองแห และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับสมัคร
(.....)
ตำแหน่ง.....

- หมายเหตุ เอกสารหลักฐานที่ต้องใช้ในการสมัครครั้งนี้
- สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
 - สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 ฉบับ