



สถาบันพัฒนาบุคลากรการพลศึกษาและการกีฬา กรมพลศึกษา

โทรศัพท์ 0 2214 0120 ต่อ 5501 โทรสาร 0 2214 4914

http://ipeshd.dpe.go.th

NO

อบรมกีฬา.....

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรม

หลักสูตร ฝึกอบรมผู้ตัดสินกีฬา
ระหว่างวันที่ถึง

1. ข้อมูลผู้สมัคร

หมายเลขบัตรประชาชน :

ชื่อ - สกุลภาษาไทย.....

ชื่อ - สกุลภาษาอังกฤษ.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.อายุ.....ปี

วุฒิการศึกษา.....

อาชีพตำแหน่ง.....

ศาสนาEmail:

2. สถานที่ติดต่อ

2.1 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่หมู่บ้าน..... ถนน/ซอย.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร.....

2.2 สถานที่ทำงาน.....

เลขที่..... หมู่ที่ ถนน/ซอย..... ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เฉพาะเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ.....ตามใบสมัครวันที่

1. คุณสมบัติครบ คุณสมบัติไม่ครบ
2. หลักฐานครบ หลักฐานไม่ครบ
3. มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม ไม่มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม

ลงชื่อผู้ตรวจคุณสมบัติ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ.- ในกรณีเกิดอุบัติเหตุช่วงระหว่างการเดินทางไป-กลับ และระหว่างการฝึกอบรมของผู้เข้าร่วมการอบรมครั้งนี้ ทางกรมพลศึกษาจะไม่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทุกกรณี