ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรมอาชีพในสถาบัน ใบสมัครเลขที่ ...../25...รุ่นที่.....

ศูนย์เรียนรู้การพัฒนาสตรีและครอบครัว..... จังหวัด..... แบบที่ 1

รูปถ่าย

กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

☐ สมัครด้วยตนเอง ☐ สมัครทางอินเทอร์เนต ☐ หน่วยงานนำส่ง โปรดระบุ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1.ชื่อผู้สมัคร (ด.ญ./น.ส./นาง/นาย).....นามสกุล.....ชื่อเล่น..... อายุ.....ปี เพศ ☐ ช ☐ ญ ☐ เพศทางเลือก .....

เลขบัตรประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ วัน/เดือน/ปีเกิด.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....

ชนเผ่า.....ศาสนา.....จบการศึกษาชั้นสูงสุด.....จากโรงเรียน / สถาบัน.....

ปีที่จบการศึกษา พ.ศ. (ถ้ามี).....

2.สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า ☐ มีบุตร จำนวน..... คน อายุ.....,.....,.....,.....ปี

ปัจจุบันประกอบอาชีพ ☐ ว่างงาน ถูกเลิกจ้าง ☐ เกษตรกรรม ☐ รับจ้างทั่วไป ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ อื่นๆ ระบุ .....

รายได้.....บาท/เดือน

3.ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ติดต่อ.....โทรศัพท์ผู้ปกครอง.....

4. วัตถุประสงค์ของการสมัครเข้ารับการอบรม

☐ เพื่อนำไปประกอบอาชีพ ☐ เพิ่มทักษะความรู้ ☐ ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้ ☐ อื่น ๆ ระบุ .....

5.ผู้สมัครขอสมัครเข้ารับการฝึกอบรมในสถาบัน (รายละเอียดตามเอกสารแนบ)

☐ หลักสูตร 6 เดือน ☐ หลักสูตร 4 เดือน ☐ หลักสูตร 3 เดือน ☐ หลักสูตร 1 เดือน ☐ อื่นๆ.....

หลักสูตรอบรม.....ระยะเวลา.....

6. ทราบข่าวการรับสมัครจาก

☐ แผ่นพับ ☐ โปสเตอร์ ☐ เพื่อน/คนรู้จักแนะนำ ☐โทรทัศน์ ☐วิทยุ ☐ website/facebook ☐ ศูนย์เรียนรู้ฯ ☐ อื่นๆ ระบุ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของศูนย์ฯ หากข้าพเจ้าก่อให้เกิดความเสียหายต่อทางราชการ ข้าพเจ้ายินดีขอชดใช้ค่าเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ และได้แนบหลักฐานการสมัครมาพร้อมนี้

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

<u>รายชื่อหลักสูตร</u>

☐ หลักสูตร 6 เดือน ได้แก่ เสริมสวย ตัดเย็บเสื้อผ้า อาหารและเบเกอรี่ ฯ (ตามที่แต่ละศูนย์เปิดสอน)

☐ หลักสูตร 4 เดือน ได้แก่ ..... (ตามที่แต่ละศูนย์เปิดสอน)

☐ หลักสูตร 3 เดือน ได้แก่ ..... (ตามที่แต่ละศูนย์เปิดสอน)

☐ หลักสูตร 1 เดือน ได้แก่ ..... (ตามที่แต่ละศูนย์เปิดสอน)

สำหรับผู้ปกครอง

ข้าพเจ้ายินดีให้ผู้สมัครที่อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าเข้ารับการฝึกอบรมวิชาชีพ ณ ศูนย์เรียนรู้การพัฒนาสตรีและครอบครัว.....

หากเข้ารับการรักษาพยาบาลยินดีให้ศูนย์ฯ ดำเนินการแทนข้าพเจ้า

(ลงชื่อ).....บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง

(.....)

หลักฐานการสมัคร

☐ รูปถ่าย 1-2 นิ้ว จำนวน 3 ใบ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 2 แผ่น ☐ สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 2 แผ่น

☐ สำเนาวุฒิการศึกษา สูงสุด จำนวน 2 แผ่น ☐ ใบรับรองแพทย์ (ไม่เกิน 6 เดือน) จำนวน 1 แผ่น (อยู่ในดุลยพินิจของศูนย์ฯ)

หลักฐานผู้ปกครอง (พิจารณาตามความจำเป็น)

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 2 แผ่น ☐ สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 2 แผ่น

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่

(.....)

____/_____/_____