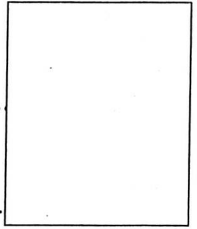


**ใบสมัครคัดเลือก**  
**เป็นคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนตำบล/เทศบาล.....**



1. ชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/น.ส.).....นามสกุล.....  
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
2. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....อายุ.....ปี
3. สถานที่ติดต่อ เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....  
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
 โทรศัพท์.....โทรสาร.....  
 โทรศัพท์มือถือ.....Email.....
4. บิดาชื่อ.....นามสกุล.....  
 มารดาชื่อ.....นามสกุล.....
5. การศึกษา  
 ( ) กำลังศึกษาในระดับชั้น.....  
 ชื่อสถานศึกษา.....  
 ( ) จบการศึกษา ระดับ.....
6. อาชีพ.....ชื่อสถานประกอบอาชีพ.....
7. ประสบการณ์การทำงาน.....  
 .....  
 .....
8. ประเภทความพิการ (ถ้ามี)  
 ( 1 ) ความพิการทางการเห็น  
 ( 2 ) ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  
 ( 3 ) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  
 ( 4 ) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม  
 ( 5 ) ความพิการทางสติปัญญา  
 ( 6 ) ความพิการทางการเรียนรู้  
 ( 7 ) ความพิการทางออทิสติก
9. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากมีการตรวจสอบในภายหลัง  
 ว่ามีข้อความที่ไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินดีให้ตัดสิทธิในการเป็นคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนตำบล/  
 เทศบาล.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่...../...../.....