



ใบสมัครคัดเลือก

เป็นคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนเทศบาลเมืองชะมาย

๑. ชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/น.ส.).....นามสกุล.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.อายุ.....ปี
๓. สถานที่ติดต่อ เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....
๔. บิดาชื่อ.....นามสกุล.....
มารดาชื่อ.....นามสกุล.....
๕. การศึกษา
() กำลังศึกษาในระดับชั้น.....
ชื่อสถานศึกษา.....
() จบการศึกษา ระดับ.....
๖. อาชีพ.....ชื่อสถานประกอบอาชีพ.....
๗. ประสบการณ์การทำงาน.....
๘. ประเภทความพิการ (ถ้ามี)
(๑) ความพิการทางการเห็น
(๒) ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
(๓) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
(๔) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
(๕) ความพิการทางสติปัญญา
(๖) ความพิการทางการเรียนรู้
(๗) ความพิการทางออทิสติก
๙. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากมีการตรวจสอบในภายหลังว่ามีข้อความที่ไม่เป็นความจริงข้าพเจ้ายินดีให้ตัดสิทธิในการเป็นคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนเทศบาลเมืองชะมาย

หมายเหตุ : ผู้สมัครต้องมีอายุไม่เกิน ๒๕ ปีบริบูรณ์ และต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลเมืองชะมาย

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.