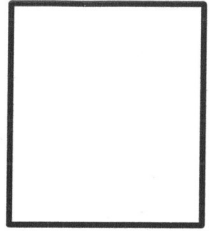




สศย.05.1

**ใบสมัครคัดเลือกคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี**

1.ชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/น.ส.)..... นามสกุล..... ชื่อเล่น.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

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

3.สถานที่ติดต่อ เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

4.บิดาชื่อ..... นามสกุล.....
มารดาชื่อ..... นามสกุล.....

5.การศึกษา

- () กำลังศึกษาในระดับชั้น.....
ชื่อสถานศึกษา.....
() จบการศึกษา ระดับ.....

6.อาชีพ.....ชื่อสถานประกอบอาชีพ.....

7.ประสบการณ์การทำงาน

.....
.....

8.ประเภทความพิการ (ถ้ามี)

- | | |
|--|-----------------------------|
| (1) ความพิการทางการมองเห็น | (5) ความพิการทางสติปัญญา |
| (2) ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย | (6) ความพิการทางการเรียนรู้ |
| (3) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย | (7) ความพิการทางออทิสติก |
| (4) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม | |

9.ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากมีการตรวจสอบในภายหลังว่ามีข้อความที่ไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินดีให้ตัดสิทธิในการเป็นคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

หมายเหตุ : เอกสารแนบใบสมัคร

- 1.แบบลงทะเบียนเพื่อแสดงตนในการเข้าร่วมการคัดเลือกคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี
- 2.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
- 3.สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ (ต้องมีชื่ออยู่ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี)
- 4.รูปถ่ายชุดนักเรียน ขนาด 1.5 นิ้ว หรือ 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป