สดย. 05.1

ใบสมัครคัดเลือก
เป็นคณะบริหารสภาเด็กและเยาวชนตำบล/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...E-mail..
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 หากมีการตรวจสอบในภายหลังว่ามีข้อความที่ไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินดีให้ตัดสิทธิในการเป็นคณะบริหารสภาเด็กและเยาวชนตำบล/เทศบาล................................

ลงชื่อ...ผู้สมัคร
(...)
วันที่.............เดือน.............................พ.ศ.............