

ใบสมัครคัดเลือก
เป็นคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนตำบล/เทศบาล.....

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.....Email.....
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 หากมีการตรวจสอบในภายหลัง ว่ามีข้อความที่ไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินดีให้ตัดสิทธิในการเป็นคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนตำบล/เทศบาล.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....