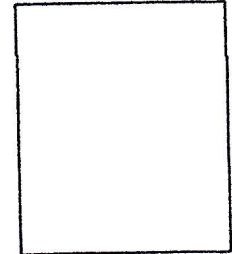


**ใบสมัครคัดเลือก**  
**เป็นคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนอำเภอ.....**



1. ชื่อ (ค.ช./ค.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 หากมีการตรวจสอบในภายหลัง  
 ว่ามีข้อความที่ไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินดีให้ตัดสิทธิในการเป็นคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชน  
 อำเภอ.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....