



**ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ อาสาสมัครหอศิลป์วัฒนธรรมแห่งกรุงเทพมหานคร**

**รายละเอียดส่วนตัว**

ชื่อ - สกุล นาย/นาง/นางสาว .....ชื่อเล่น.....

Name Mr./Mrs./Ms. (English) .....

วัน/เดือน/ปีเกิด ...../...../.....อายุ.....ปี เลขบัตรประชาชน .....

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่ติดต่อสะดวก) เลขที่ ..... หมู่บ้าน/ อาคาร (Village/ Building) .....

ซอย ..... ถนน ..... แขวง/ ตำบล .....

เขต/ อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก .....

E-mail .....

**สถานะปัจจุบัน**

กำลังศึกษา สถาบันการศึกษา ..... คณะ .....

ทำงาน .....  อื่นๆ ระบุ.....

**รายละเอียดการศึกษา**

ระดับการศึกษา	ชื่อสถานศึกษา	วุฒิการศึกษา/สาขาวิชาเอก	หมายเหตุ
1.			
2.			
3.			

**ความสามารถทางด้านภาษา**

ภาษา	ฟัง	พูด	อ่าน	หมายเหตุ
ไทย				
อังกฤษ				
อื่นๆ.....				
อื่นๆ.....				

ความสามารถพิเศษด้านอื่น

.....

.....

.....

ประสบการณ์ (ที่ท่านต้องการแจ้งเพิ่มเติม)

.....

.....

.....

ความสนใจส่วนตัว

- |  |  |                                       |  |
|--|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ศิลปะ                         | <input type="checkbox"/> ศิลปะสำหรับเด็ก | <input type="checkbox"/> ดนตรี        | <input type="checkbox"/> กีฬา          |
| <input type="checkbox"/> ท่องเที่ยว                    | <input type="checkbox"/> ธรรมชาติ        | <input type="checkbox"/> วิทยาศาสตร์  | <input type="checkbox"/> ปรัชญา        |
| <input type="checkbox"/> ธรรมะ                         | <input type="checkbox"/> ออกแบบ          | <input type="checkbox"/> ศิลปะการแสดง | <input type="checkbox"/> เกี่ยวกับเด็ก |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ (หากมี กรุณาระบุ) ..... |  |                                       |  |

- ช่วงเวลาที่สามารถปฏิบัติงานได้
- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> วันอังคาร-ศุกร์           | <input type="checkbox"/> วันเสาร์-อาทิตย์ | <input type="checkbox"/> ระบุวัน .....    |
| <input type="checkbox"/> 10.30 – 13.00 น.          | <input type="checkbox"/> 13.00 – 17.00 น. | <input type="checkbox"/> 17.00 – 21.00 น. |
| <input type="checkbox"/> หรืออื่นๆ กรุณาระบุ ..... |   |   |

ข้อมูลสุขภาพ

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> สุขภาพกาย ปกติดี               | <input type="checkbox"/> สุขภาพจิต ปกติดี |
| <input type="checkbox"/> มีโรคประจำตัว (โปรดระบุ) ..... |   |

วิธีการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ..... ยาประจำตัว .....

เอกสารแนบใบสมัคร

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน | <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ |
|---|--|

คำรับรองของผู้สมัคร :

ข้าพเจ้าขอรับรองรายละเอียดทั้งหมดที่แจ้งไว้ในใบสมัครนี้ **ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ** หากข้อมูลสำคัญไม่เป็นความจริง ถือเป็นสิทธิ์ขาดของเจ้าหน้าที่ถอดถอนสิทธิ์ในการเป็นสมาชิกอาสาสมัครหอศิลป์กรุงเทพฯ โดยไม่มีข้อโต้แย้งใดๆ

ลายมือชื่อผู้สมัคร .....

( ..... )

วันที่ ..... / ..... / .....