



ใบสมัครเรียน
ศูนย์ศึกษาพระพุทธศาสนาวันอาทิตย์วัดชลอ
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓

ติดรูปถ่าย

๑ นิ้ว

เขียน ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

๑. กรณารอกข้อมูล (ด้วยลายมืออ่านง่ายที่สุด)

๑.๑ ชื่อผู้สมัคร ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....

ชื่อเล่น.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน [] - [] [] [] [] - [] [] [] [] [] - [] [] - []

๑.๒ ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

๑.๓ บิดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

☐ มีชีวิต ☐ ถึงแก่กรรม ☐ หย่าร้าง เบอร์โทร.....

๑.๔ มารดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

☐ มีชีวิต ☐ ถึงแก่กรรม ☐ หย่าร้าง เบอร์โทร.....

๑.๕ ในปีการศึกษา ๒๕๖๒ ศึกษา ณ ชั้น.....โรงเรียน.....

(หมายเหตุ : ให้ระบุระดับชั้นที่นักเรียนจะศึกษาในเทอม ๑ / ๒๕๖๒ ของสถานศึกษาทั่วไป)

๒. โดยมีหลักฐานในการสมัครคือ

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน, ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ เอกสารประกอบการสมัคร อื่นๆ (ถ้ามี)

☐ รูปถ่าย ๑ นิ้ว ๒ รูป

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเรียน โดยได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองเรียบร้อยแล้วจะปฏิบัติตามกฎระเบียบและข้อบังคับ
ของศูนย์ศึกษาพระพุทธศาสนาวันอาทิตย์วัดชลอทุกประการ ฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ปกครอง

สำหรับเจ้าหน้าที่รับสมัคร

ลงชื่อ.....

(.....)

...../...../.....

สำนักงาน ศพอ.วัดชลอ โทรศัพท์ ๐๒ ๔๔๗ ๕๖๔๖

ฝ่ายติดต่อประสานงาน พระชัยณรงค์ ขยาภินนุโท โทรศัพท์ ๐๘๙ ๐๔๗ ๕๑๖๑