



รูปถ่ายสีหน้าตรง  
ขนาด 2 นิ้ว

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรมนวดแผนไทย  
อบจ.พระนครศรีอยุธยา ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ

\*\*\*\*\*

ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....  
เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....  
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....  
วุฒิการศึกษาสูงสุด.....จากโรงเรียน/วิทยาลัย/มหาวิทยาลัย.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

สถานภาพ  สมรส  หย่าร้าง  หม้าย  โสด  
จำนวนบุตร.....คน (ถ้ามี)

ปัจจุบันประกอบอาชีพ..... รายได้..... บาท/เดือน  
บุคคลใกล้ชิดที่สามารถติดต่อได้.....  
ความสัมพันธ์.....เบอร์โทรศัพท์.....

หลักสูตรที่ต้องการฝึกอบรม  นวดเท้าเพื่อสุขภาพ  นวดน้ำมันหอมระเหย  
 ราชสำนัก  เชลยศักดิ์  
 ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย

วัตถุประสงค์ในการเข้ารับการฝึกอบรมในครั้งนี้ เพื่อ.....  
.....  
เคยเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรนวดแผนไทยใดกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.....  
.....  
ทราบข่าวการฝึกอบรมจากทางใด.....

ข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามกฎ ระเบียบและข้อบังคับของหน่วยงานที่จัดฝึกอบรมกำหนดทุกประการและ  
สัญญาว่าจะรักษาจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพตลอดไป

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

( )

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2566