

ใบสมัคร

โครงการบรรพชาอุปสมบท ๕๗๐ รูป เกมพระเกียรติ  
สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง  
เนื่องในโอกาสทรงฯ ทรงเปิดงาน ๕๗๐ พรรษา ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๔

ส่วนที่ผู้สมัครกรอก หรือ ที่อยู่ ตามบัตรประชาชน (เชื่อมตัวบรรจุข้อมูล)

ประนก  พนักงานของรัฐ  ภาคเอกชน  ประชากรทั่วไป  
ชื่อ ..... นามสกุล .....  
ชื่อเล่น ..... อายุ ..... วัน

គិតជាប្រភេទសាស្ត្រ និងប្រជាពលរដ្ឋ

เกิดวัน.....ที่.....เดือน.....ปี..... พ.ศ.....

ถ้าไม่ทราบเวลาเกิดโปรดระบุกลางวันหรือกลางคืน

น้ำหนัก..... กก. ส่วนสูง..... ซม.  
สัณฐาน ..... ตัวหนา..... หมล็อกที่

การศึกษา  นิรชัยมศึกษาตอนต้นคั้น  นิรชัยมศึกษาตอนต้นภาษาไทย

- ปริญญาตรี
- ปริญญาโท
- ปริญญาเอก
- อื่น ๆ โปรดระบุ \_\_\_\_\_

ขนาดจีวร.....เมตร (ผู้สมัครไม่ต้องกรอกข้อมูล)

ชื่อ/สกุล บิดา.....ชื่อ/สกุล มารดา.....

ที่อยู่ตามบัตรประชาชน เลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ซอย...

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....มือถือ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

หมายเลขอรหัสพท.....โทรคัพพทมือถือ.....

เอกสารที่ ๑๔  
แบบประเมินคุณภาพการบริการของห้องน้ำสาธารณะ

พอยท์ที่นำสู่การพัฒนาศักยภาพของบุคคล

เลขที่..... ชอย..... กัน..... สำเนา/เอกสาร

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

เจตนาลุพน์ จักรร่วง ปี ๒ ๕๖๔

Digitized by srujanika@gmail.com

www.nature.com/scientificreports/

ติดรูปถ่ายสี  
หน้าตรง  
ขนาด ๒ นิ้ว  
จำนวน ๑ รูป

ข้อมูลสถานะผู้สมัคร

โสด

สมรส ชื่อ/สกุล คู่สมรส ..... อายุ..... อาชีพ.....

มีชีวิต       ไม่มีชีวิต

ไม่มีบุตร/ธิดา

บุตร/ธิดา จำนวน ..... คน

ชื่อ/สกุล บุตร/ธิดา คนที่ ๑..... อายุ..... การศึกษา.....

มีชีวิต       ไม่มีชีวิต

ชื่อ/สกุล บุตร/ธิดา คนที่ ๒..... อายุ..... การศึกษา.....

มีชีวิต       ไม่มีชีวิต

ชื่อ/สกุล บุตร/ธิดา คนที่ ๓..... อายุ..... การศึกษา.....

มีชีวิต       ไม่มีชีวิต

โรคประจำตัว ..... อาหารที่แพ้ หรือยาที่แพ้ .....

ชื่อ/สกุล บุคคลใกล้ชิด ..... เกี่ยวข้องเป็น .....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะเข้าร่วมโครงการ  
และพร้อมที่จะปฏิบัติตามระเบียบ ตลอดจนเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ

ลงชื่อ.....

( )

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ๒๕๖๔

หมายเหตุ เอกสารประกอบ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาบัตรข้าราชการ จำนวน ๑ ชุด
- สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ชุด
- รูปถ่าย ๒ นิ้ว จำนวน ๑ รูป
- ใบรับรองตรวจสุขภาพ (HIV, สารเสพติด)
- ใบรับรองแพทย์
- เอกสารรับรองการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด ๑๙ (อย่างน้อยจำนวน ๒ เช็มขึ้นไป)
- ใบรับรองผู้บังคับบัญชา/ผู้ปกครอง

เขียนชื่อ นามสกุล รับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารทุกฉบับ

ส่วนของเจ้าหน้าที่

๑. ส่วนของการรับสมัคร

ได้ตรวจสอบแล้วเห็นว่า .....

๑.๑ เป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปครบถ้วน และมีคุณสมบัติในการบรรพษาอุปสมบท

ครบถ้วน     ไม่ครบถ้วน ขาด.....

๑.๒ มีหลักฐานประกอบการสมัคร

ข้อมูลใบสมัคร

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนาบัตรข้าราชการ จำนวน ๑ ชุด

สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ชุด

รูปถ่าย ๒ นิ้ว จำนวน ๑ รูป

ใบรับรองตรวจสุขภาพ (HIV , สารเสพติด)

ใบรับรองแพทย์

เอกสารรับรองการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19 (อย่างน้อยจำนวน ๒ เข็มขึ้นไป)

ใบรับรองของผู้บังคับบัญชา/ผู้ปกครอง

ไม่ครบถ้วน ขาด.....

๑.๓ ความเห็น

เห็นควรรับสมัคร     ไม่ควรรับสมัคร

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

๒. ส่วนของการบรรพษาอุปสมบท

วัด ..... จังหวัด .....

กำหนดอุปสมบท วันจันทร์ที่ ๒๕ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ณ พัทธสีมาวัด ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

บรรพชา เวลา ..... น. เสร็จพิธีเวลา ..... น. โดยมี ..... เป็นพระศิลามารย์

อุปสมบท เวลา ..... น. เสร็จพิธีเวลา ..... น. ประชุมสงฆ์ ..... รูป

โดยมี ..... เป็นพระอุปัชฌาย์

มีพระ ..... เป็นพระกรรมวาจาจารย์

มีพระ ..... เป็นพระอนุสาวนาจารย์

ฉาภा :

คำแปล :

กำหนดคลาสิกษา วันเสาร์ที่ ๓ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ (กำหนดระยะเวลาอุปสมบท ๒๐ วัน)