



## ใบสมัครเข้ารับการอบรมอาสาสมัคร ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง รุ่นที่ 1

18 ส.ค. - 21 ต.ค. พ.ศ. 2555 (เฉพาะเสาร์-อาทิตย์)

ณ ห้องประชุม ชั้น 29 ธนาคารกรุงเทพ สำนักงานใหญ่ ถนนสีลม

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

วันเดือนปีเกิด ..... อายุ ..... ปี ส่วนสูง ..... น้ำหนัก .....

บัตรประชาชนเลขที่ .....

วุฒิการศึกษา .....

อาชีพ ..... ตำแหน่ง .....

สถานที่ทำงาน .....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่ ..... ถนน ..... ซอย .....

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

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ มือถือ ..... e-mail .....

แรงจูงใจที่สมัครเข้ารับการอบรม

.....

.....

.....

.....

จะนำเอาความรู้จากการอบรมไปใช้ได้อย่างไร

.....

.....

.....

ทราบการอบรมครั้งนี้จาก .....

ทานอาหารมังสวิรัต หรือไม่ .....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
(.....)

**กรุณาส่งใบสมัครมาทาง อีเมล [chivantarak@gmail.com](mailto:chivantarak@gmail.com) หรือแฟกซ์ 02-8913856,**  
สอบถามโทร: 081-822-0891 (นิตินันท์) ภายในวันที่ 10 ส.ค.2555, มูลนิธิฯ จะคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรม และ  
แจ้งท่านทราบภายในวันที่ 15 ส.ค.และเพื่อการพิจารณา เจ้าหน้าที่ฯ อาจโทรศัพท์เพื่อขอรายละเอียดเพิ่มเติม  
จากท่าน เมื่อท่านได้รับการตอบรับเข้ารับการอบรมแล้ว กรุณาส่งใบสมัครตัวจริง พร้อม แบนสำเนาบัตร  
ประชาชน สำเนาทะเบียนบ้านและรูปถ่ายหน้าตรง 2 นิ้วจำนวน 2 รูป ส่งทางไปรษณีย์ที่ มูลนิธิชีวันตารักษ์  
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ ม.วิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ท่าพระจันทร์) กทม. 10200