

BOOKING FORM

SUMMER SCHOOLS

INTERNATIONAL STUDY AND TRAVEL CENTER

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ:	นามสกุล:		
First Name:	Last Name:		
วันเดือนปีเกิด:	หมายเลขพาสปอร์ต:	หมายเลขโทรศัพท์:	
อายุ:	ปี	ชื่อเล่น:	มือถือ:
E-mail:			
ที่อยู่ปัจจุบัน:			
จังหวัด:	รหัสไปรษณีย์:	ประเทศ:	

ข้อมูลการศึกษา

กำลังศึกษาอยู่ที่โรงเรียน:	
ที่อยู่โรงเรียน:	กำลังศึกษาชั้น:

ติดต่อฉุกเฉิน

ชื่อของผู้ปกครอง:	
ที่อยู่:	
จังหวัด:	รหัสไปรษณีย์:
หมายเลขโทรศัพท์:	มือถือ:
ความสัมพันธ์:	

ข้อมูลส่วนตัว

1. ท่านเป็นผู้ที่ต้องควบคุมอาหารเป็นพิเศษหรือไม่ ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ถ้าใช่โปรดอธิบาย _____
2. ท่านเป็นโรคภูมิแพ้หรือไม่ ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ถ้าใช่โปรดอธิบาย _____
3. ท่านมีโรคประจำตัวและต้องรับประทานยาต่อเนื่องหรือไม่ ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ถ้าใช่โปรดอธิบาย _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือกและเข้าร่วมโครงการฯ ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับผิดชอบค่าธรรมเนียมการเข้าร่วมโครงการและยินดีจะปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับในระหว่างที่เข้าร่วมโครงการโดยเคร่งครัดทุกประการ หากข้าพเจ้าประพฤติไม่เหมาะสม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิในการสมัครและการเข้าร่วมโครงการ

ลายเซ็นผู้สมัคร:	วันที่:
ลายเซ็นผู้ปกครอง:	วันที่:

ขอความกรุณานักเรียนกรอกข้อมูลในส่วนนี้ด้วย

ทราบข่าวจาก: โฆษณา หนังสือพิมพ์ / นิตยสาร <input type="checkbox"/> เพื่อน <input type="checkbox"/> , กรุณาระบุชื่อ _____
ประชาสัมพันธ์จากโรงเรียน <input type="checkbox"/> , กรุณาระบุชื่อโรงเรียน _____
ทราบจากอาจารย์ <input type="checkbox"/> , กรุณาระบุชื่อ _____