



ใบสมัครโครงการเอเอฟเอสระยะสั้น ประเทศเดนมาร์ก  
ระยะเวลาเข้าร่วมโครงการ 3 – 30 เมษายน 2560



ติดรูปถ่าย

ชื่อ \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_ ชื่อเล่น \_\_\_\_\_  
First Name \_\_\_\_\_ Last name \_\_\_\_\_ Nickname \_\_\_\_\_  
วันเดือนปีเกิด (คศ) \_\_\_\_\_ เพศ  ชาย  หญิง ศาสนา \_\_\_\_\_  
สถานที่เกิด จังหวัด \_\_\_\_\_ ประเทศ \_\_\_\_\_ เชื้อชาติ \_\_\_\_\_ สัญชาติ \_\_\_\_\_  
โรคประจำตัว \_\_\_\_\_ อาการภูมิแพ้ \_\_\_\_\_  
 จบการศึกษา  กำลังศึกษาชั้น \_\_\_\_\_ โรงเรียน / มหาวิทยาลัย \_\_\_\_\_  
เบอร์มือถือ \_\_\_\_\_ เบอร์บ้าน \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ เบอร์ Fax \_\_\_\_\_  
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ หมู่บ้าน \_\_\_\_\_ ซอย/ ตรอก \_\_\_\_\_  
ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล / แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ / เขต \_\_\_\_\_  
จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

ชื่อบิดา / ผู้ปกครอง \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_ อาชีพ \_\_\_\_\_  
ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ สถานที่ทำงาน \_\_\_\_\_  
เบอร์ติดต่อ \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

ชื่อมารดา / ผู้ปกครอง \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_ อาชีพ \_\_\_\_\_  
ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ สถานที่ทำงาน \_\_\_\_\_  
เบอร์ติดต่อ \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงและผู้สมัครมี  
คุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนดทุกประการ  
ลงชื่อผู้สมัคร .....  
(.....)  
วันที่ .....

ได้สอบถามถึงความตั้งใจและความสนใจของผู้สมัคร  
แล้วจึงขอรับรองการสมัคร และคุณสมบัติของผู้สมัคร  
ลงชื่อผู้ปกครอง .....  
(.....)  
วันที่ .....