



ใบสมัครเข้ารับการศึกษาอาชีวศึกษา ใบสมัครเลขที่/25.....รุ่นที่.....
 หน่วยงาน..... จังหวัด.....
 กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

รูปถ่าย

วัตถุประสงค์การสมัครเพื่อ 1. มีงานทำ ☐ นำไปประกอบอาชีพ

(โปรดเลือก 1 ข้อ)

2. มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ☐ เพิ่มทักษะความรู้วิชาชีพเพิ่มเติม ☐ ลดเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้

3. ☐ อื่นๆ โปรดระบุ..... (เช่น ลดรายจ่ายในครอบครัว/
 ส่งต่อจากหน่วยงานอื่น/อาชีพบำบัด ฯลฯ)

☐ ในศูนย์เรียนรู้/สถานคุ้มครองฯ ☐ หลักสูตร 6 เดือน ☐ หลักสูตร 4 เดือน ☐ หลักสูตร 3 เดือน ☐ หลักสูตร 1 เดือน

☐ หลักสูตร.....วัน ☐ หลักสูตรออนไลน์ ☐ อื่นๆ.....

ชื่อหลักสูตร.....รุ่นที่.....

☐ ในชุมชน โครงการ/กิจกรรม.....ชื่อหลักสูตรอบรม.....

ระยะเวลา.....วัน

ชื่อกลุ่ม..... จังหวัด.....

1.ชื่อผู้สมัคร* ตามบัตรประชาชน

(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ)*.....นามสกุล.....

Name (MR. /MRS./ MISS /Other).....Surname.....

เลขบัตรประชาชน*

2. เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย ☐ อื่นๆ

วัน/เดือน/ปีเกิด*..... อายุ.....ปีเชื้อชาติ*..... สัญชาติ*.....

ชนเผ่า..... ศาสนา*.....

จบการศึกษาชั้นสูงสุด*.....จากโรงเรียน / สถาบัน.....ปีที่จบการศึกษา พ.ศ. (ถ้ามี).....

โทรศัพท์*..... E-Mail..... Line ID.....

3. สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต) ☐ หย่า ☐ ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่

4. สถานภาพครอบครัว ☐ ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว (พ่อ/แม่) จำนวนบุตรอายุไม่เกิน 20 ปี..... คน

อายุบุตร (.....) ตามลำดับ

5. อาชีพ ☐ ว่างงาน/ไม่มีอาชีพ ☐ ถูกเลิกจ้าง ☐ เกษตรกรรม ☐ รับจ้างทั่วไป ☐ ค้าขาย ☐ ธุรกิจส่วนตัว

☐ อื่นๆ ระบุ.....

รายได้ของท่านก่อนเข้ารับฝึกอาชีพ.....บาท / เดือน หนี้สินของท่าน.....บาท / เดือน

6. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....

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

☐ ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับทะเบียนบ้าน (กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้านให้ทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐)

7. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ซอย.....

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

รหัสไปรษณีย์.....

☐ บ้านตนเอง ☐ อาศัยผู้อื่นอยู่ ☐ อาศัยอยู่กับญาติ ☐ บ้านเช่า ☐ อยู่กับผู้ว่าจ้าง ☐ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง



ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรมอาชีพ ใบสมัครเลขที่/25.....รุ่นที่.....
 หน่วยงาน..... จังหวัด.....
 กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

8. ข้อมูลด้านสุขภาพ

☐ ร่างกายปกติ สุขภาพแข็งแรง ☐ มีโรคประจำตัว ระบุ ☐ อื่น ๆ.....

9. สภาพปัญหาของผู้รับบริการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ถูกเลิกจ้าง ☐ว่างงาน ☐ ครอบครัวหย่าร้าง ☐ หาเลี้ยงบุตรลำพัง ☐ ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ/ภัยธรรมชาติ
☐ ยากจน ☐ มีความพิการ ด้าน (ระบุ)..... ☐ ถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัว
☐ ผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์/ค้าประเวณี ☐ อื่น ๆระบุ

10. ข้อมูลสวัสดิการที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ จำนวนเงิน.....บาท ☐ เงินสงเคราะห์ครอบครัว ☐ เงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด ☐ อื่น ๆ.....

11. ทราบข่าวการรับสมัครจาก

☐ แผ่นพับ ☐ โปสเตอร์ ☐ เพื่อน ☐ คนรู้จักแนะนำ ☐ โทรศัพท์ ☐ วิทยุ ☐ Website/Facebook ☐ ศูนย์ฯ/สถานฯ
☐ อื่นๆ ระบุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารต่อราชการ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของข้าพเจ้าและครอบครัว ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของศูนย์ฯ/สถานฯ และได้แนบหลักฐานการสมัครมาพร้อมนี้

ข้าพเจ้า ☐ ยินยอมเปิดเผย ☐ ไม่ยินยอมเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคล ให้กับหน่วยงานของรัฐและเอกชนทราบ เพื่อประโยชน์ในการประสานความช่วยเหลือและพัฒนาระบบบริการต่อไป

หลักฐานการสมัคร

☐ รูปถ่าย 1-2 นิ้ว (เป็นไปตามข้อกำหนดของศูนย์ฯ/สถานฯ) ☐ เอกสารยืนยันตัวบุคคล (บัตรประชาชน และทะเบียนบ้าน) ตัวจริง
☐ หลักฐานวุฒิการศึกษา สูงสุด (อยู่ในดุลยพินิจของศูนย์ฯ/สถานฯ) ☐ ใบรับรองแพทย์ตัวจริง (ไม่เกิน 1 เดือน) (อยู่ในดุลยพินิจของศูนย์ฯ/สถานฯ)

หลักฐานผู้ปกครอง กรณีอายุไม่ถึง 20 ปี บริบูรณ์ ☐ เอกสารยืนยันตัวบุคคล (บัตรประชาชน ทะเบียนบ้าน)

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่

(.....)

(.....)

วันที่สมัคร/...../.....

...../...../.....