

**ใบสมัครคัดเลือก**  
**เป็นคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนเทศบาลเมืองศรีสะเกษ**

๑. ชื่อ (ต.ช./ต.ญ./นาย/น.ส.)..... นามสกุล.....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
๓. สถานที่ติดต่อ เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....  
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์.....  
โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ.....  
E-mail.....
๔. บิดาชื่อ.....นามสกุล.....  
มารดาชื่อ.....นามสกุล.....
๕. การศึกษา  
 กำลังศึกษาในระดับชั้น.....  
     ชื่อสถานศึกษา.....  
 จบการศึกษา ระดับ.....
๖. อาชีพ.....ชื่อสถานประกอบอาชีพ.....
๗. ประสบการณ์การทำงาน.....  
.....
๘. ประเภทความพิการ (ถ้ามี)  
 (๑) ความพิการทางการเห็น  
 (๒) ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  
 (๓) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  
 (๔) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม  
 (๕) ความพิการทางสติปัญญา  
 (๖) ความพิการทางการเรียนรู้  
 (๗) ความพิการทางออทิสติก
๙. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากมีการตรวจสอบ  
 ในภายหลังว่าข้อความที่ไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินดีให้ตัดสิทธิในการเป็นคณะกรรมการสภาเด็ก  
 และเยาวชนเทศบาลเมืองศรีสะเกษ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....