



ใบสมัคร

Basic Movement / Fundament of Running

ชื่อผู้สมัคร(ตัวบรรจง).....นามสกุล.....ชื่อเล่น.....
อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด..... ส่วนสูง..... น้ำหนัก.....
โรคประจำตัว(ถ้ามี).....
ข้อมูลผู้ปกครอง ชื่อ.....นามสกุล.....ความสัมพันธ์.....
โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวกที่สุด.....E-mail / ID line.....

ข้าพเจ้าผู้ปกครองของผู้สมัครได้ทราบรายละเอียดของโครงการ **โครงการศูนย์ฝึกพัฒนากลไกการเคลื่อนไหวและสมรรถภาพทางกาย** โดยยินดีรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมของผู้สมัคร และยินยอมให้ผู้สมัครเข้าร่วมกิจกรรมในความดูแลของโครงการฯ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร/ผู้ปกครอง
(.....)(ตัวบรรจง)

- หมายเหตุ
- อัตราค่าสมัคร : ต่อเดือนชำระ 2,500 บาท
 - ในกรณีที่ผู้เรียนไม่สามารถมาเรียน ตามวัน เวลา ดังกล่าว วิทยาลัยฯจะชดเชยวันเรียนให้ครบในเดือนถัดไป
 - วิทยาลัยฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงิน ไม่ว่าจะกรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

เฉพาะเจ้าหน้าที่

หลักฐานการสมัคร รูปถ่ายผู้สมัคร 1 รูป
ชำระเงิน ค่าเรียน รายเดือน 2,500 บาท เดือน..... เป็นเงิน บาท
ใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่..... รวมทั้งสิ้น บาท

ลงชื่อ.....ผู้รับสมัคร วันที่รับสมัคร.....