



ติดรูปถ่าย

ใบสมัครสมาชิกสมาคมสตรีตาบอดในประเทศไทย

38 หมู่บ้านอัมรินทร์นิเวศน์ 2 ซอยนวมินทร์ 90 แขวงรามอินทรา เขตคันนายาว กรุงเทพฯ 10230

โทร.02-519-3330 Fax.02-519-3330 E-mail : abwt12@hotmail.com Website : www.abwt.or.th

ลำดับที่.....

หมายเลขสมาชิก.....

1. ชื่อ (นาง / นางสาว).....นามสกุล.....

2. วัน/เดือน/ปีเกิด.....

3. ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

4. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

5. อาชีพ ราชการ ลูกจ้าง ค้าขาย อื่นๆ.....

6. สถานภาพ โสด สมรส หย่าร้าง

7. ระดับการศึกษา ต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. ปวส. ปริญญาตรี อื่นๆ.....

8. ความสามารถในการอ่านเขียนอักษรเบรลล์ ได้ ไม่ได้

9. บุคคลที่สามารถติดต่อได้

9.1 ชื่อ-นามสกุล.....ที่อยู่.....

.....หมายเลขโทรศัพท์.....ความเกี่ยวข้อง.....

9.2 ชื่อ-นามสกุล.....ที่อยู่.....

.....หมายเลขโทรศัพท์.....ความเกี่ยวข้อง.....

9.3 ชื่อ-นามสกุล.....ที่อยู่.....

.....หมายเลขโทรศัพท์.....ความเกี่ยวข้อง.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

ได้รับคำแนะนำในการสมัครเป็นสมาชิก สมาคมสตรีตาบอดในประเทศไทยจาก

คณะกรรมการบริหารมีมติรับรองการสมัครเป็นสมาชิกสมาคม ของ

เมื่อวันที่

เป็นสมาชิกลำดับที่.....

ลงชื่อ.....

(นางพนอ จันทร์กาวิ)

นายทะเบียน

ลงชื่อ.....

(นางลักษณา ตั้งพูลพันธ์)

นายกสมาคม