



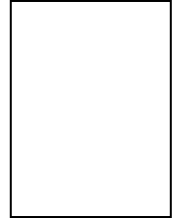
สถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ไว ดับยู ซี เอ

YWCA Nursery Day Care

700/4 ม.1 ต.คลองตำหรุ อ.เมือง จ.ชลบุรี 20000 โทรศัพท์ (038) 743-513-20 ต่อ111/509 fax. ต่อ122

เลขประจำตัว.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.



ชื่อ - สกุล (ค.ญ./ค.ช.) ชื่อเล่น

เกิด วันที่.....เดือน..... พ.ศ.อายุ ปี..... เดือน กรู๊ปเลือด (A, O, B, AB)

สัญชาติ..... เชื้อชาติ..... ศาสนา.....

บิดา ชื่อ นาย..... นามสกุล อายุ..... ปี อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....

มารดา ชื่อ(นาง/นางสาว) นามสกุล อายุ..... อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ หมู่..... ตรอก/ซอย..... ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....

กรณีฉุกเฉินหรือเจ็บป่วยติดต่อ ความสัมพันธ์เป็น.....

สถานที่ติดต่อ..... โทรศัพท์.....

ชื่อผู้รับ-ส่ง 1.

2.

สถานภาพครอบครัว มีพี่น้องทั้งหมด..... คน นักเรียนเป็นคนลำดับที่

1.) อายุ..... ปี 2.) อายุ..... ปี

3.) อายุ..... ปี 4.) อายุ..... ปี

สถานภาพสมรส () บิดา- มารดาอยู่ร่วมกัน () บิดา- มารดาแยกกันอยู่ () บิดา- มารดาอยู่ร่วมกัน

() บิดาถึงแก่กรรม () มารดาถึงแก่กรรม () อื่นๆ

ข้าพเจ้าได้เข้าใจหลักสูตร โปรแกรมมอนเตสซอรีและพร้อมจะให้ความร่วมมือสนับสนุนกับทางโรงเรียนในการพัฒนา
เด็กร่วมกัน ทั้งนี้ได้ชำระเงินค่าสมัครเรียนเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยมีได้เรียกร้องหรือขอคืนเงินในกรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

คำรับรองของผู้ปกครอง ถ้าบุตรหลานของข้าพเจ้าได้เกิดอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยปัจจุบันทันด่วน จำเป็นต้องรีบส่ง
โรงพยาบาลทันทีก่อนที่จะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ ข้าพเจ้านุญาตให้สถานรับเลี้ยงเด็กจัดการตามแต่ที่เห็นสมควร โดยข้าพเจ้า
ขอรับผิดชอบทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ปกครอง / ผู้ยื่นใบสมัคร

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ใบเสร็จรับเงินเล่มที่...../ เลขที่.....

จำนวน..... บาท / ค้างชำระ..... บาท

.....
เจ้าหน้าที่การเงิน/ธุรการ

รับชุดแรกเข้าแล้วครบแล้ว (ผู้ปกครอง)

คงค้าง.....

.....

.....



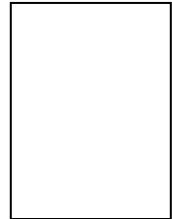
โรงเรียนอนุบาลสมักรมิตรวัฒนา

SAMUKMITRWATTANA SCHOOL

700/4 ม.1 ต.คลองตำหรุ อ.เมือง จ.ชลบุรี 20000 โทรศัพท์ (038) 743-513-20 ต่อ111/509 fax. ต่อ122

เลขประจำตัว.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.



ชื่อ - สกุล (ค.ญ./ค.ช.) ชื่อเล่น

เกิด วันที่.....เดือน..... พ.ศ.อายุ ปี..... เดือน กรุ๊ปเลือด (A, O, B, AB)

สัญชาติ..... เชื้อชาติ..... ศาสนา.....

บิดา ชื่อ นาย..... นามสกุล อายุ..... ปี อาชีพ.....

สัญชาติ..... เชื้อชาติ..... ศาสนา.....

สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....

มารดา ชื่อ(นาง/นางสาว) นามสกุล อายุ..... อาชีพ.....

สัญชาติ..... เชื้อชาติ..... ศาสนา.....

สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ หมู่..... ตรอก/ซอย..... ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....

กรณีถูกเงินหรือเจ็บป่วยติดต่อ ความสัมพันธ์เป็น.....

สถานที่ติดต่อ..... โทรศัพท์.....

ชื่อผู้รับ-ส่ง 1.

2.

สถานภาพครอบครัว มีพี่น้องทั้งหมด..... คน นักเรียนเป็นคนลำดับที่

1.) อายุ..... ปี 2.) อายุ..... ปี

3.) อายุ..... ปี 4.) อายุ..... ปี

สถานภาพสมรส () บิดา- มารดาอยู่ร่วมกัน () บิดา- มารดาแยกกันอยู่ () บิดา- มารดาอยู่ร่วมกัน

() บิดาถึงแก่กรรม () มารดาถึงแก่กรรม () อื่นๆ

ข้าพเจ้าได้เข้าใจหลักสูตร โปรแกรมมอนเตสซอรีและพร้อมจะให้ความร่วมมือสนับสนุนกับทางโรงเรียนในการพัฒนา
เด็กร่วมกัน ทั้งนี้ได้ชำระเงินค่าสมัครเรียนเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยมีได้เรียกร้องหรือขอคืนเงินในกรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

คำรับรองของผู้ปกครอง ถ้าบุตรหลานของข้าพเจ้าได้เกิดอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยปัจจุบันทันด่วน จำเป็นต้องรีบส่ง
โรงพยาบาลทันทีก่อนที่จะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ ข้าพเจ้านุญาตให้สถานรับเลี้ยงเด็กจัดการตามแต่ที่เห็นสมควร โดยข้าพเจ้า
ขอรับผิดชอบทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ปกครอง / ผู้ยื่นใบสมัคร

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ใบเสร็จรับเงินเล่มที่...../ เลขที่.....

จำนวน..... บาท / ค้างชำระ..... บาท

.....
เจ้าหน้าที่การเงิน/ธุรการ

รับชุดแรกเข้าแล้วครบแล้ว (ผู้ปกครอง)

คงค้าง.....

.....

.....