

2.2 ชื่อ-สกุลมารดา นาง นางสาว.....นามสกุล.....

ความพิการ(ทำเครื่องหมาย ✓) <input type="checkbox"/> ไม่พิการ <input type="checkbox"/> ความพิการทางการได้ยิน <input type="checkbox"/> ความพิการร่างกาย,สุขภาพ <input type="checkbox"/> ความพิการทางพฤติกรรมและอารมณ์ <input type="checkbox"/> ความพิการซ้ำซ้อน		- สถานภาพมารดา <input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> เสียชีวิต - อาชีพมารดา <input type="checkbox"/> รับราชการ <input type="checkbox"/> นักธุรกิจ-ค้าขาย <input type="checkbox"/> รับจ้าง <input type="checkbox"/> พนักงาน/เจ้าหน้าที่รัฐ/ ลูกจ้างประจำ/ลูกจ้างชั่วคราว <input type="checkbox"/> พระ/นักบวช	
<input type="checkbox"/> ความพิการทางการมองเห็น <input type="checkbox"/> ความพิการทางสติปัญญา <input type="checkbox"/> ความพิการทางการเรียนรู้ <input type="checkbox"/> ความพิการทางออทิสติก		<input type="checkbox"/> พนักงานรัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> เกษตรกร <input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> ข้าราชการ/พนักงาน ของรัฐเกษียณ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต	
รายได้ต่อเดือนของมารดา.....บาท			

2.3 สถานะสมรสของบิดา-มารดา อยู่ด้วยกัน

<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่	<input type="checkbox"/> บิดาแต่งงานใหม่	<input type="checkbox"/> มารดาแต่งงานใหม่
<input type="checkbox"/> บิดาและมารดาแต่งงานใหม่	<input type="checkbox"/> หย่าร้าง	<input type="checkbox"/> บิดาหรือมารดาหรือทั้งสองถึงแก่กรรม

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ บิดา มารดา หมายเลข.....จำนวนพี่น้องทั้งหมด.....คน
เป็นบุตรคนที่..... จำนวนพี่น้องที่กำลังศึกษาอยู่.....คน

3. ข้อมูลผู้ปกครอง

3.1 ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง.....นามสกุล.....
ที่อยู่ผู้ปกครอง ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก คือ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

อาชีพผู้ปกครอง		รายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง.....บาท	
<input type="checkbox"/> รับราชการ	<input type="checkbox"/> พนักงานรัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> นักธุรกิจ-ค้าขาย	<input type="checkbox"/> เกษตรกร
<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> พระ/นักบวช	<input type="checkbox"/> เสียชีวิต
<input type="checkbox"/> พนักงาน/เจ้าหน้าที่รัฐ/ลูกจ้างประจำ/ลูกจ้างชั่วคราว		<input type="checkbox"/> ข้าราชการ/พนักงานของรัฐเกษียณ	

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร (.....) วันที่.....	ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับสมัคร (.....) วันที่.....
---	--

- ตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานการสมัครเรียนแล้ว	
<input type="checkbox"/> ครบถ้วน	<input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน ขาดหลักฐานดังนี้
	<input type="checkbox"/> ใบสูติบัตร <input type="checkbox"/> รูปถ่าย จำนวน 2 รูป <input type="checkbox"/> สำเนาวุฒิการศึกษา/ใบ ปพ. <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของนักเรียนนักศึกษา <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของนักเรียนนักศึกษา <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนบิดาหรือผู้ปกครอง <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนของบิดาหรือผู้ปกครอง <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของมารดาหรือผู้ปกครอง <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของมารดาหรือผู้ปกครอง