



เลขที่สมัคร.....

ใบสมัครเข้าเรียนเป็นนักเรียนโรงเรียนอนุบาลกาญจนบุรี ปีการศึกษา 2566

ห้องเรียนพิเศษ MEP ระดับชั้น.....

ห้องเรียนพิเศษ AP ระดับชั้น.....

ห้องเรียนปกติ ระดับชั้น.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เป็นผู้ปกครองของ
เด็กชาย/เด็กหญิง..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
อายุ.....ปี.....เดือน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ชื่อบิดา..... อาชีพ..... รายได้/เดือน.....
ชื่อมารดา..... อาชีพ..... รายได้/เดือน.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ชื่อผู้ปกครอง..... อาชีพ..... รายได้/เดือน.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

เคยศึกษาล่าสุดจากโรงเรียน.....เป็นโรงเรียน (รัฐบาล/เอกชน)
ระดับชั้น..... อยู่ในอำเภอ..... จังหวัด.....

ขอยื่นใบสมัครเข้าเรียนชั้น.....โรงเรียนอนุบาลกาญจนบุรี ในกรณีสมัครและได้รับการคัดเลือก
ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้สมัคร
และอยู่บ้านเดียวกัน ณ บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์หมายเลข.....จะเป็นผู้ปกครองและดูแลรับผิดชอบนักเรียนในระหว่างที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนนี้

ข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามระเบียบการคัดเลือกของโรงเรียนทุกประการ

สำหรับครูผู้รับสมัคร

ลงชื่อ.....ผู้รับสมัคร

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

(.....)