



ที่ /.....

.....

ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอส่งนักกีฬาสมัครเข้าแข่งขันฟุตบอลด้านยาเสพติด “อบจ.ลพบุรี คัพ” ประจำปี ๒๕๖๔

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน/ชมรม.....เลขที่..... ถนน.....

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

โทรศัพท์..... โทรสาร

มีความประสงค์ขอสมัครเข้าร่วมทำการแข่งขันฟุตบอลด้านยาเสพติด “อบจ.ลพบุรี คัพ” ประจำปี ๒๕๖๔
ในนามทีม อายุไม่เกินปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่านักกีฬาและเจ้าหน้าที่ที่มีรูปอยู่ในทะเบียนแนบรูปดังกล่าว เป็นผู้มีความประพฤติถูกต้องตามที่
ระบุไว้ในระเบียบการแข่งขันฟุตบอลด้านยาเสพติด “อบจ.ลพบุรี คัพ” ประจำปี ๒๕๖๔ ทุกประการ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้บริหารหน่วยงาน.....

(กรุณาประทับตราหน่วยงานถ้ามี)



ใบส่งรายชื่อนักกีฬาและเจ้าหน้าที่ทีมฟุตบอล



ทีม รุ่นอายุไม่เกิน ปี

การแข่งขันฟุตบอลด้านยาเสพติด “อบจ.ลพบุรี คัพ” ประจำปี ๒๕๖๔

ลำดับที่	ชื่อ – นามสกุล (ตัวบรรจง)	ชั้นเรียน	วัน/เดือน/ปีเกิด
๑			
๒			
๓			
๔			
๕			
๖			
๗			
๘			
๙			
๑๐			
๑๑			
๑๒			
๑๓			
๑๔			
๑๕			
๑๖			
๑๗			
๑๘			
๑๙			
๒๐			
ผู้จัดการทีม		โทรศัพท์มือถือ	
ผู้ควบคุมทีม		โทรศัพท์มือถือ	
หัวหน้าผู้ฝึกสอน		โทรศัพท์มือถือ	
ผู้ช่วยผู้ฝึกสอน		โทรศัพท์มือถือ	
เจ้าหน้าที่ทีม		โทรศัพท์มือถือ	

หมายเหตุ : รายชื่อและลำดับ ต้องตรงกับทะเบียนนักกีฬา ห้ามเปลี่ยนแปลง

ขอรับรองความถูกต้อง

(.....)

หัวหน้าหน่วยงาน / ผู้จัดการทีม

(ประทับตราหน่วยงาน)

ทะเบียนนักกีฬา เจ้าหน้าที่ประจำทีม ฟุตบอลด้านยาเสพติด “อบจ.ลพบุรี คัพ” ประจำปี ๒๕๖๔

ทีม..... รุ่นอายุไม่เกิน ปี

สีชุดการแข่งขัน ชุดที่ ๑.เสื้อ..... กางเกง..... ถุงเท้า..... ผู้รักษาประตู.....

สีชุดการแข่งขัน ชุดที่ ๒.เสื้อ..... กางเกง..... ถุงเท้า..... ผู้รักษาประตู.....

ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ลำดับที่ ๑ ชื่อ สกุล เลขประจำตัวบัตรประชาชน	ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ลำดับที่ ๒ ชื่อ สกุล เลขประจำตัวบัตรประชาชน	ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ลำดับที่ ๓ ชื่อ สกุล เลขประจำตัวบัตรประชาชน	ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ลำดับที่ ๔ ชื่อ สกุล เลขประจำตัวบัตรประชาชน
ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ลำดับที่ ๕ ชื่อ สกุล เลขประจำตัวบัตรประชาชน	ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ลำดับที่ ๖ ชื่อ สกุล เลขประจำตัวบัตรประชาชน	ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ลำดับที่ ๗ ชื่อ สกุล เลขประจำตัวบัตรประชาชน	ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ลำดับที่ ๘ ชื่อ สกุล เลขประจำตัวบัตรประชาชน
ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ลำดับที่ ๙ ชื่อ สกุล เลขประจำตัวบัตรประชาชน	ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ลำดับที่ ๑๐ ชื่อ สกุล เลขประจำตัวบัตรประชาชน	ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ลำดับที่ ๑๑ ชื่อ สกุล เลขประจำตัวบัตรประชาชน	ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ลำดับที่ ๑๒ ชื่อ สกุล เลขประจำตัวบัตรประชาชน

ทะเบียนนักกีฬา เจ้าหน้าที่ประจำทีม ฟุตบอลด้านยาเสพติด “อบจ.ลพบุรี คัพ” ประจำปี ๒๕๖๔

ทีม..... รุ่นอายุไม่เกิน ปี

ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ลำดับที่ ๑๓ ชื่อ สกุล เลขประจำตัวบัตรประชาชน	ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ลำดับที่ ๑๔ ชื่อ สกุล เลขประจำตัวบัตรประชาชน	ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ลำดับที่ ๑๕ ชื่อ สกุล เลขประจำตัวบัตรประชาชน	ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ลำดับที่ ๑๖ ชื่อ สกุล เลขประจำตัวบัตรประชาชน
ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ลำดับที่ ๑๗ ชื่อ สกุล เลขประจำตัวบัตรประชาชน	ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ลำดับที่ ๑๘ ชื่อ สกุล เลขประจำตัวบัตรประชาชน	ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ลำดับที่ ๑๙ ชื่อ สกุล เลขประจำตัวบัตรประชาชน	ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ลำดับที่ ๒๐ ชื่อ สกุล เลขประจำตัวบัตรประชาชน

ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว	ผู้จัดการทีม ชื่อ สกุล โทรศัพท์.....	ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว	ผู้ควบคุมทีม ชื่อ สกุล โทรศัพท์.....
ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว	หัวหน้าผู้ฝึกสอน ชื่อ สกุล โทร	ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว	ผู้ช่วยผู้ฝึกสอน ชื่อ สกุล..... โทร
		ติดทับ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว	เจ้าหน้าที่ทีม ชื่อ สกุล..... โทร



รูปถ่าย
ขนาด
๑ นิ้ว

ใบสมัครเข้าแข่งขันฟุตบอลด้านยาเสพติด “อบจ.ลพบุรี คัพ” ประจำปี ๒๕๖๔

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - -

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้น.....ชื่อสถานศึกษา.....

เป็นนักกีฬาในนามทีม รุ่นอายุไม่เกิน ปี

ขอสมัครเข้าแข่งขันฟุตบอลด้านยาเสพติด “อบจ.ลพบุรี คัพ” ประจำปี ๒๕๖๔ ยินดีที่จะปฏิบัติตามระเบียบการแข่งขันฟุตบอลด้านยาเสพติด “อบจ.ลพบุรี คัพ” ประจำปี ๒๕๖๔ หากเกิดการบาดเจ็บหรือได้รับอันตรายจากการแข่งขัน ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้อง ความเสียหาย จากองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี แต่อย่างใด และขอมูลนี้ข้าพเจ้ายินดีให้เปิดเผยได้ ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

คำรับรองของผู้ปกครอง

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เป็นผู้ปกครองโดยชอบธรรมของ

.....ยินดียินยอมให้.....

สมัครเข้าแข่งขันฟุตบอลด้านยาเสพติด “อบจ.ลพบุรี คัพ” ประจำปี ๒๕๖๔ หากเกิดการบาดเจ็บหรือได้รับอันตรายจากการแข่งขันข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องความเสียหายจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี แต่อย่างใด

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

(.....)

คำรับรองของหัวหน้าสถานศึกษา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ชื่อสถานศึกษา.....ขอรับรองว่า.....

อายุ.....ปี ปัจจุบันกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้น..... และเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติถูกต้องตามระเบียบการรับสมัคร เข้าแข่งขันกีฬาฟุตบอลด้านยาเสพติด “อบจ.ลพบุรี คัพ” ประจำปี ๒๕๖๔ ทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

(กรุณาประทับตราโรงเรียน)