



ที่ /.....

.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอส่งนักกีฬาสมัครเข้าร่วมการแข่งขันฟุตบอลด้านยาเสพติด “อบจ.ลพบุรี คัพ” ประจำปี ๒๕๖๙

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....เลขที่..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์..... มีความประสงค์ขอสมัครเข้าร่วมทำการแข่งขัน

ฟุตบอลด้านยาเสพติด อบจ.ลพบุรี คัพ ประจำปี ๒๕๖๙ ในนามทีม.....

☐ รุ่นอายุไม่เกิน ๑๕ ปี ☐ รุ่นอายุไม่เกิน ๑๘ ปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่านักกีฬาและเจ้าหน้าที่ที่มีรูปอยู่ในทะเบียนแข่งรูปดังกล่าวเป็นผู้มีคุณสมบัติถูกต้องตามที่ระบุไว้ในระเบียบการแข่งขันฟุตบอลด้านยาเสพติด “อบจ.ลพบุรี คัพ” ประจำปี ๒๕๖๙ ทุกประการ หากทีมนักกีฬาได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการแข่งขัน ทีมและนักกีฬาจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายใดๆ ทั้งสิ้น

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

.....

(ประทับตราหน่วยงานถ้ามี่)

ใบส่งรายชื่อนักกีฬาและเจ้าหน้าที่ทีมฟุตบอล ทีม.....

การแข่งขันฟุตบอลต้านยาเสพติด อบจ.ลพบุรี คัพ ประจำปี ๒๕๖๙

ลำดับที่	ชื่อ – นามสกุล (ตัวบรรจง)	อายุ	หมายเลขเสื้อ	หมายเหตุ
๑				
๒				
๓				
๔				
๕				
๖				
๗				
๘				
๙				
๑๐				
๑๑				
๑๒				
๑๓				
๑๔				
๑๕				
๑๖				
๑๗				
๑๘				
๑๙				
๒๐				
ผู้จัดการทีม		โทรศัพท์มือถือ		
ผู้ฝึกสอน		โทรศัพท์มือถือ		
ผู้ช่วยผู้ฝึกสอนคนที่ ๑		โทรศัพท์มือถือ		
ผู้ช่วยผู้ฝึกสอนคนที่ ๒		โทรศัพท์มือถือ		
เจ้าหน้าที่ประจำทีม		โทรศัพท์มือถือ		

หมายเหตุ : รายชื่อ/หมายเลข ต้องตรงกับแผงรูปและห้ามเปลี่ยนแปลง

ขอรับรองความถูกต้อง

(.....)

หัวหน้าหน่วยงาน / ผู้จัดการทีม

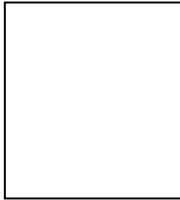
ประทับตราหน่วยงาน

ทะเบียนรูปและรายชื่อนักกีฬาฟุตบอลต้านยาเสพติด อบจ.ลพบุรี คัพ ประจำปี ๒๕๖๙

รุ่น.....

ทีม.....

สีชุดการแข่งขันเสื้อ..... กางเกง..... ผู้รักษาประตู.....



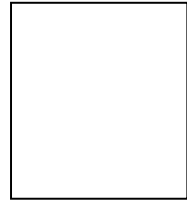
๑.ชื่อ.....
สกุล
หมายเลขเสื้อ.....



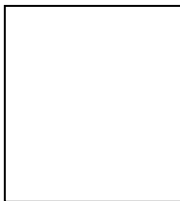
๒.ชื่อ.....
สกุล
หมายเลขเสื้อ.....



๓.ชื่อ.....
สกุล
หมายเลขเสื้อ.....



๔.ชื่อ.....
สกุล
หมายเลขเสื้อ.....



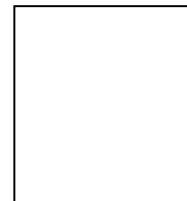
๕.ชื่อ.....
สกุล
หมายเลขเสื้อ.....



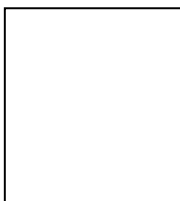
๖.ชื่อ.....
สกุล
หมายเลขเสื้อ.....



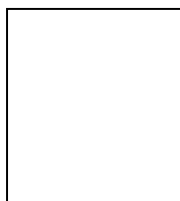
๗.ชื่อ.....
สกุล
หมายเลขเสื้อ.....



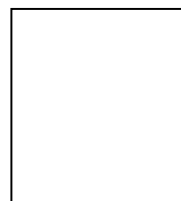
๘.ชื่อ.....
สกุล
หมายเลขเสื้อ.....



๙.ชื่อ.....
สกุล
หมายเลขเสื้อ.....



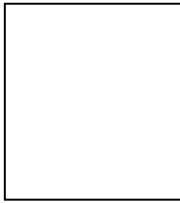
๑๐.ชื่อ.....
สกุล
หมายเลขเสื้อ.....



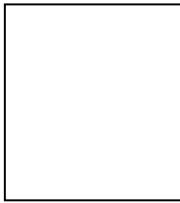
๑๑.ชื่อ.....
สกุล
หมายเลขเสื้อ.....



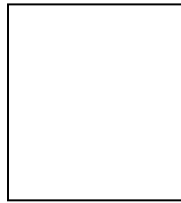
๑๒.ชื่อ.....
สกุล
หมายเลขเสื้อ.....



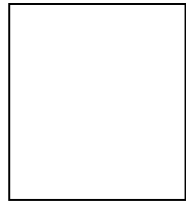
๑๓. ชื่อ.....
 สกุล
 หมายเลขเสื้อ.....



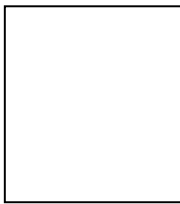
๑๔. ชื่อ.....
 สกุล
 หมายเลขเสื้อ.....



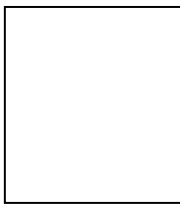
๑๕. ชื่อ.....
 สกุล
 หมายเลขเสื้อ.....



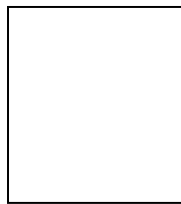
๑๖. ชื่อ.....
 สกุล
 หมายเลขเสื้อ.....



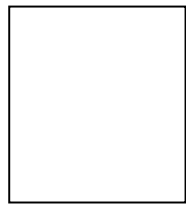
๑๗. ชื่อ.....
 สกุล
 หมายเลขเสื้อ.....



๑๘. ชื่อ.....
 สกุล
 หมายเลขเสื้อ.....



๑๙. ชื่อ.....
 สกุล
 หมายเลขเสื้อ.....

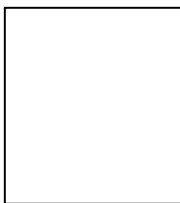


๒๐. ชื่อ.....
 สกุล
 หมายเลขเสื้อ.....

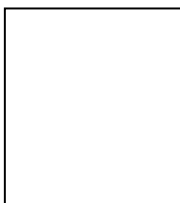
เจ้าหน้าที่ทีม



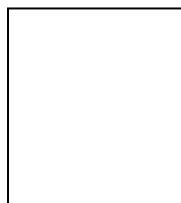
ชื่อ
 สกุล
 โทรศัพท์.....
 ผู้จัดการทีม



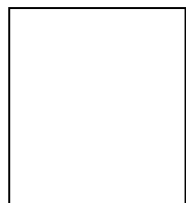
ชื่อ
 สกุล
 โทรศัพท์.....
 ผู้ฝึกสอน



ชื่อ
 สกุล
 โทรศัพท์.....
 ผู้ช่วยผู้ฝึกสอนคนที่ ๑



ชื่อ
 สกุล
 โทรศัพท์.....
 ผู้ช่วยผู้ฝึกสอนคนที่ ๒



ชื่อ
 สกุล
 โทรศัพท์.....
 เจ้าหน้าที่ประจำทีม



☐ รุนอายุไม่เกิน ๑๕ ปี

☐ รุนอายุไม่เกิน ๑๘ ปี

รูปถ่าย

ขนาด ๑ นิ้ว

ใบสมัครเข้าแข่งขันฟุตบอลด้านยาเสพติด อบจ.ลพบุรี คัพ ประจำปี ๒๕๖๙
ข้อมูลส่วนตัวของผู้สมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

จังหวัดลพบุรี รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....ขอสมัครเข้าร่วมแข่งขันฟุตบอล

ด้านยาเสพติด อบจ.ลพบุรี คัพ ประจำปี ๒๕๖๙ ในนามทีม.....และยินดีที่จะปฏิบัติตาม

ระเบียบการแข่งขันฟุตบอลด้านยาเสพติด อบจ.ลพบุรี คัพ ประจำปี ๒๕๖๙ หากเกิดการบาดเจ็บหรือได้รับอันตราย

จากการแข่งขัน ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องค่าความเสียหาย จากองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี แต่อย่างใด และข้อมูลนี้

ข้าพเจ้ายินดีให้เปิดเผยได้ ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

คำรับรองของผู้ปกครอง

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

นาย.....ยินดีอนุญาตให้นาย.....

สมัครเข้าแข่งขันฟุตบอลด้านยาเสพติด อบจ.ลพบุรี คัพ ประจำปี ๒๕๖๙ หากเกิดการบาดเจ็บหรือได้รับอันตราย

จากการแข่งขันข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องความเสียหายจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี แต่อย่างใด

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

(นาย,นาง,นางสาว.....)

คำรับรองของหัวหน้าสถานศึกษา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ชื่อสถานศึกษา.....ขอรับรองว่า.....

มีอายุ.....ปี ปัจจุบันกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้น.....และเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติถูกต้องตามระเบียบ

การรับสมัคร เข้าแข่งขันกีฬาฟุตบอลด้านยาเสพติด อบจ.ลพบุรี คัพ ประจำปี ๒๕๖๙ ทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

(กรุณาประทับตราโรงเรียนด้วย)

ลำดับรายการเอกสาร
สำหรับยื่นสมัครแข่งขันฟุตบอลด้านยาเสพติด “อบจ.ลพบุรี คัพ”

เอกสารจำเป็น สำหรับทีม

๑. เอกสารแผ่นที่ ๑ หนังสือ ขอส่งนักกีฬาสมัครเข้าแข่งขันฟุตบอลด้านยาเสพติด “อบจ.ลพบุรี คัพ”
๒. เอกสารแผ่นที่ ๒ ใบส่งรายชื่อผู้เล่นและเจ้าหน้าที่ทีมฟุตบอล
๓. เอกสารแผ่นที่ ๓-๔ ทะเบียนนักกีฬา เจ้าหน้าที่ประจำทีม ฟุตบอล (รูปภาพปัจจุบัน)

เอกสารจำเป็น สำหรับนักกีฬา คนละ ๑ ชุด

๑. ใบสมัครเข้าแข่งขันฟุตบอล ของนักกีฬา เอกสารแผ่นที่ ๕
๒. สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน (ชื่ออยู่ในจังหวัดลพบุรี)
- ***เอกสารเพิ่มเติม หากชื่อนักกีฬาไม่ได้อยู่ในจังหวัดลพบุรี***
๓. หนังสือรับรองจากสถานศึกษาที่อยู่ในจังหวัดลพบุรี โดยระบุว่าเริ่มศึกษาอยู่ที่สถานศึกษาจนถึงปัจจุบัน มากกว่า ๑ ปี