



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.....
รุ่นประชาชน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่านักกีฬาและเจ้าหน้าที่ที่มีรูปอยู่ในทะเบียนแฟงรูปดังกล่าว
เป็นผู้มีคุณสมบัติถูกต้องตามที่ระบุไว้ในระเบียบการแข่งขันฟุตบอลด้านยาเสพติด “อบจ.ลพบุรี คัพ”
ประจำปี ๒๕๖๙ ทุกประการ หากทีมนักกีฬาได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากการแข่งขัน ทีมและนักกีฬา
จะไม่เรียกร้องค่าเสียหายใดๆ ทั้งสิ้น

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

.....

(ประทับตราหน่วยงานถ้ำมี)

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 ต้องตรงกับผังรูปและห้ามเปลี่ยนแปลง

ขอรับรองความถูกต้อง

(.....)

หัวหน้าหน่วยงาน / ผู้จัดการทีม

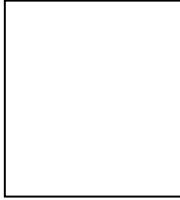
ประทับตราหน่วยงาน (ถ้ามี)

ทะเบียนรูปและรายชื่อนักกีฬาฟุตบอลด้านยาเสพติด อบจ.ลพบุรี คัพ ประจำปี ๒๕๖๙

รุ่น ประชาชน

ทีม.....

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



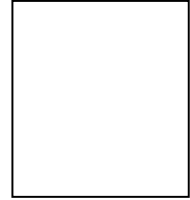
๑.ชื่อ.....
สกุล
หมายเลขเสื้อ.....



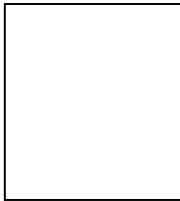
๒.ชื่อ.....
สกุล
หมายเลขเสื้อ.....



๓.ชื่อ.....
สกุล
หมายเลขเสื้อ.....



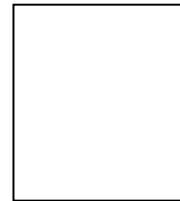
๔.ชื่อ.....
สกุล
หมายเลขเสื้อ.....



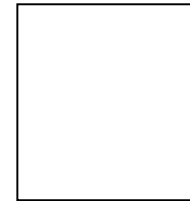
๕.ชื่อ.....
สกุล
หมายเลขเสื้อ.....



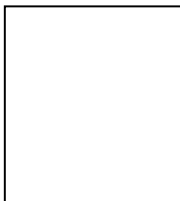
๖.ชื่อ.....
สกุล
หมายเลขเสื้อ.....



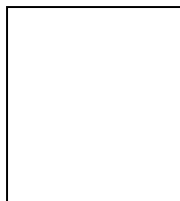
๗.ชื่อ.....
สกุล
หมายเลขเสื้อ.....



๘.ชื่อ.....
สกุล
หมายเลขเสื้อ.....



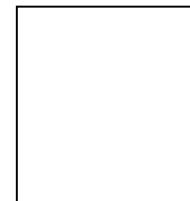
๙.ชื่อ.....
สกุล
หมายเลขเสื้อ.....



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



รูปถ่าย
ขนาด ๑ นิ้ว

ใบสมัครเข้าร่วมแข่งขันฟุตบอลต้านยาเสพติด อบจ.ลพบุรี คัพ ประจำปี ๒๕๖๙
ข้อมูลส่วนตัวของผู้สมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

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

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

ขอสมัครเข้าร่วมแข่งขันฟุตบอลต้านยาเสพติด อบจ.ลพบุรี คัพ ประจำปี ๒๕๖๙ ในนามทีม
.....และยินดีที่จะปฏิบัติตามระเบียบการแข่งขันฟุตบอล
ต้านยาเสพติด อบจ.ลพบุรี คัพ ประจำปี ๒๕๖๙ หากเกิดการบาดเจ็บหรือได้รับอันตรายจากการ
แข่งขัน ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องค่าความเสียหายจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี แต่อย่างใด
และข้อมูลนี้ข้าพเจ้ายินดีให้เปิดเผยได้ ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ลำดับรายการเอกสาร
สำหรับยื่นสมัครแข่งขันฟุตบอลต้านยาเสพติด “อบจ.ลพบุรี คัพ”

เอกสารจำเป็น สำหรับทีม

- เอกสารแผ่นที่ ๑ หนังสือ ขอส่งนักกีฬาสมัครเข้าแข่งขันฟุตบอลต้านยาเสพติด “อบจ.ลพบุรี คัพ”
- เอกสารแผ่นที่ ๒ ใบส่งรายชื่อ นักกีฬา และเจ้าหน้าที่ทีมฟุตบอล
- เอกสารแผ่นที่ ๓-๔ ทะเบียนนักกีฬา เจ้าหน้าที่ประจำทีม ฟุตบอลฯ (รูปภาพปัจจุบัน)

เอกสารจำเป็น (สำหรับนักกีฬา คนละ ๑ ชุด)

- เอกสารแผ่นที่ ๕ ใบสมัครเข้าแข่งขันฟุตบอลฯ ของนักกีฬา พร้อมเอกสาร
๑. สำเนาบัตรประชาชน ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน (อยู่ในจังหวัดลพบุรี)
- ***กรณี ไม่มีชื่ออยู่ในจังหวัดลพบุรี ให้จัดทำ ๓. หนังสือรับรองการทำงานอยู่ในจังหวัดลพบุรี โดยระบุอายุการทำงานหรือวันเริ่มต้นการทำงานจนถึงปัจจุบัน มากกว่า ๑ ปี