

ใบสมัครลงทะเบียนเป็นสมาชิก

กองทุนพัฒนาบทบาทสตรี

๑. ชื่อ นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
๒. วัน/เดือน/ปีเกิด วัน.....เดือน.....ปี.....อายุ.....ปี
๓. เลขบัตรประจำตัวประชาชน
๔. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
บ้านเลขที่.....ถนน.....ซอย.....หมู่บ้าน.....
หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....E-mail.....
๕. ระดับการศึกษา
() ๑. ไม่ได้รับการศึกษา () ๒. ประถมศึกษา () ๓. มัธยมศึกษาตอนต้น
() ๔. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. () ๕. ปริญญาตรี () ๖. อื่นๆ ระบุ.....
๖. สถานภาพ
() ๑. โสด () ๒. สมรสอยู่ด้วยกัน () ๓. สมรสแยกกันอยู่ () ๔. หย่าร้าง () ๕. หม้าย
จำนวนบุตร/ธิดา.....คน เป็นหญิง.....คน เป็นชาย.....คน
๗. อาชีพ
() ๑. ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน () ๒. รับจ้าง () ๓. เกษตรกรรม () ๔. ค้าขาย
() ๕. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () ๖. อื่นๆ ระบุ.....
๘. รายได้ต่อเดือน
() ๑. ต่ำกว่า ๕,๐๐๐ บาท () ๒. ๕,๐๐๑ - ๑๐,๐๐๐ บาท () ๓. ๑๐,๐๐๑ - ๑๕,๐๐๐ บาท
() ๔. ๑๕,๐๐๑ - ๒๐,๐๐๐ บาท () ๕. ตั้งแต่ ๒๐,๐๐๑ บาท ขึ้นไป
๙. สถานภาพการเป็นสมาชิกกลุ่ม/องค์กร
() ๑. ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่ม/องค์กรใดๆ () ๒. เป็นสมาชิกระบุ กลุ่ม/องค์กร/มูลนิธิ.....
๑๐. ปัญหาความเดือดร้อน
() ๑. ขาดโอกาส ไม่มีอาชีพ () ๒. รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ/เลี้ยงครอบครัว
() ๓. ขาดการศึกษา/ขาดการพัฒนาทักษะ () ๔. อื่นๆ ระบุ.....
๑๑. ต้องการได้รับความช่วยเหลือ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)
() ๑. ด้านสุขภาพ () ๒. ด้านการศึกษา () ๓. ด้านการฝึกอาชีพ ระบุ.....
() ๔. การพัฒนาความรู้ด้าน ระบุ.....
() ๕. ต้องการขอรับคำปรึกษาด้าน ระบุ.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: ให้แสดงเอกสารที่ออกโดยทางราชการ (บัตรประจำตัวประชาชนหรือทะเบียนบ้าน) ต่อเจ้าหน้าที่ในวันสมัคร