



เลขที่.....

โรงเรียนสอนขับรถกรุงเทพ

ในความควบคุมของกระทรวงศึกษาธิการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

รหัสประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัส ไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

สำเร็จการศึกษาชั้น..... จาก.....

ปัจจุบันทำงานอยู่ที่..... โทรศัพท์.....

บิดาชื่อ..... อาชีพ.....

มารดาชื่อ..... อาชีพ.....

ข้าพเจ้าขอสมัครเรียนวิชาการขับรถยนต์ จำนวน 20 ชั่วโมง โดยจะเริ่มเรียน

ตั้งแต่วันที่/...../..... เป็นต้นไป พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าได้ชำระเงิน

ค่าธรรมเนียมจำนวน บาท ไว้เรียบร้อยแล้ว และจะไม่เรียกร้องขอรับเงินคืนไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

สำหรับเจ้าหน้าที่
เวลาเรียน
.....
สถานที่รับ.....
.....
.....
ชนิดรถ () เกียร์ธรรมดา () เกียร์ออโต้

ลงชื่อ ผู้สมัคร

()

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่

()

...../...../.....