



สมาคมคนพิการภาคตะวันออก

EASTERN ASSOCIATION OF DISABILITIES

๖๒/๑๔๘ หมู่ ๒ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๐๐๐

โทรศัพท์ ๐๘-๑๖๖๙-๑๑๑๑ E-mail info@ead.or.th, www.ead.or.th

ใบสมัครสมาชิก

รูปภาพ ๑ นิ้ว

หมายเลขสมาชิก.....

สมัครสมาชิกประเภท สามัญ วิสามัญ สมทบ

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี ชื่อเล่น.....

เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....เพศ ชาย หญิง เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....

มือถือ.....E-Mail.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ความสามารถพิเศษ.....

สถานภาพทางครอบครัว โสด สมรส หย่าร้าง บุตร.....คน ชื่อคู่สมรส.....

สภาพความพิการ.....กายอุปกรณ์ที่ใช้.....

ข้าพเจ้ายอมรับระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ และคำสั่ง ของสมาคมฯ โดยจะปฏิบัติตามระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ และคำสั่งของสมาคมฯ ทุกประการ พร้อมใบสมัครนี้ข้าพเจ้าได้ส่งเอกสารประกอบการสมัครสมาชิกฯ ดังนี้

สำเนาทะเบียนบ้าน/บัตรประชาชน/บัตรคนพิการ จำนวน ๒ ชุด

รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป

ใบเสร็จรับเงินค่าสมัครสมาชิก ๑๐๐ บาทและค่าบำรุงฯ รายปี ๕๐ บาท ตลอดชีพ ๑,๐๐๐บาท

ท่านต้องการให้สมาคมฯ ช่วยเหลือในด้านใดบ้าง ต้องการรับสลากไปจำหน่าย ขอรับเบี้ยความพิการ

ด้านการศึกษา/ฝึกอาชีพ กายอุปกรณ์ คือ.....

ด้านอื่นๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ชื่อ.....นามสกุล.....สมาชิกสามัญเลขที่.....ผู้รับรองการสมัครสมาชิก

ได้รับอนุมัติจากมติคณะกรรมการบริหารสมาคมคนพิการภาคตะวันออก เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.25.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร.....ใบเสร็จเลขที่.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. 25.....

ลงชื่อ.....นายทะเบียน

ลงชื่อ.....เลขานุการ

ลงชื่อ.....นายกสมาคม

กรุณาแจ้งสมาคมฯ ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ เพื่อสิทธิประโยชน์ของท่าน ที่จะได้รับจากสมาคมฯ