**ใบสมัคร**

**การฝึกอบรมการเป็นวิทยากรสอนการใช้อักษรเบรลล์แก่บัณฑิต**

**ที่มีความบกพร่องทางการเห็น**

นาย/นาง/นางสาว ชื่อ............................... นามสกุล..............................................อายุ.....................

ระดับการมองเห็น เลือนราง ตาบอดสนิท

**ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก**

บ้านเลขที่................หมู่..........ซอย…………...........ถนน………............ตำบล/แขวง………..........................อำเภอ/เขต………......................จังหวัด………..........................รหัสไปรษณีย์.........................................

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก...................................... หมายเลขโทรสาร...................

อีเมล์ที่สามารถติดต่อได้..........................................................................................................

(ลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ)

----------------------------

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)