

ลำดับที่

วันที่.....



ใบสมัครเข้าร่วมกิจกรรม “ประกวดวาดภาพระบายสี”

1.รายละเอียดผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ชื่อ (ด.ช./ด.ญ.).....นามสกุล.....ชื่อเล่น (Nickname).....

วันเดือนปีเกิด (Birthdate).....อายุ (Age).....ปี.....เดือน.....

ที่อยู่/Address.....

ศึกษาระดับชั้น (Educational Level).....โรงเรียน (School).....

เลขบัตรประชาชน (ID Card No.).....เพศ (Gender) ชาย หญิง

2.รายละเอียดผู้ส่งเข้าร่วมกิจกรรม

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....ชื่อเล่น (Nickname).....

เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ข้าพเจ้ารับทราบรายละเอียด กฎ และกติกา ในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้เป็นอย่างดีแล้ว

(ลงชื่อ).....

(ผู้ร่วมกิจกรรม)

(ลงชื่อ).....

(ผู้ส่งเข้าร่วมกิจกรรม)

กรุณาอ่านข้อความด้านล่างทั้งหมดโดยละเอียดก่อนเขียนและส่งใบสมัคร

คุณสมบัติ

- สัญชาติไทย
- อายุระหว่าง 6 - 9 ปีบริบูรณ์ ทุกเพศ
- อายุระหว่าง 10 - 12 ปีบริบูรณ์ ทุกเพศ

หมายเหตุ: เกณฑ์การนับอายุอ้างอิง ณ วันที่ 18 มีนาคม 2566

กติกาการสมัคร

- ดาวน์โหลดใบสมัคร
- รูปถ่าย 1 รูป (เห็นใบหน้าชัดเจน)
- สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาบัตรประชาชนของผู้สมัคร 1 ชุด
- สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง 1 ชุด
- ผู้เข้าประกวดเตรียมดินสอสีมาเอง โดยใช้สีไม่เกิน 12 สี

รางวัลสำหรับผู้เข้าแข่งขัน

- รางวัลชนะเลิศมูลค่า 3,000 บาท
- รางวัลรองชนะเลิศ อันดับ 1มูลค่า 2,000 บาท
- รางวัลรองชนะเลิศ อันดับ 2มูลค่า 1,000 บาท

* พร้อมรับ “เกียรติบัตร” สำหรับผู้เข้าประกวด

ส่งใบสมัครได้ที่ E-Mail : Info@wmchospital.com

แผนกการตลาด ชั้น 21 โรงพยาบาลเวสต์เมดิคอล

ตั้งแต่เวลา 10.00 - 15.00 น. ทุกวันวันจันทร์ - ศุกร์

ตั้งแต่วันที่ - 28 กุมภาพันธ์ 2566

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม โทร 02-836-9999 ต่อ *2143 (ที่мін)