



TOKYO METROPOLITAN GOVERNMENT

เลือกรอบสอบ (สอบวันอาทิตย์ที่ 3 กันยายน 2560 ณ มูลนิธิเอเอฟเอส ประเทศไทย)



รอบเช้า 08.00 – 12.00 น.



รอบบ่าย 14.00 – 18.00 น.

**การสมัครจะสมบูรณ์เมื่อได้ชำระค่าสมัคร 200 บาทและส่งใบสมัครและหลักฐานการ

ชำระที่ nunthaporn.f@afs.org หรือ noppol.o@afs.org ภายใน 30 สิงหาคม 2560

เนื่องจากรับสมัครจำนวนจำกัดขอสงวนสิทธิ์แก่คนที่ส่งหลักฐานเข้ามาก่อน

ติดยุโรปถ่าย

ใบสมัครโครงการเยาวชนเอเอฟเอสเพื่อการศึกษาและแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมนานาชาติ

ระยะ 2 สัปดาห์ เดือนธันวาคม ประเทศญี่ปุ่น ทุนโตเกียว ประจำปี พ.ศ. 2560

ระยะเวลาเข้าร่วมโครงการ 9 – 20 ธันวาคม 2560

ชื่อ _____ นามสกุล _____ ชื่อเล่น _____

First Name _____ Last name _____ Nickname _____

วันเดือนปีเกิด (คศ) _____ เพศ ชาย หญิง ศาสนา _____

สถานที่เกิด จังหวัด _____ ประเทศ _____ เชื้อชาติ _____ สัญชาติ _____

โรคประจำตัว _____ อาการภูมิแพ้ _____

กำลังศึกษาชั้น _____ โรงเรียน _____

เบอร์มือถือ _____ เบอร์บ้าน _____

E-mail _____ เบอร์ Fax _____

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ หมู่บ้าน _____ ซอย/ ตรอก _____

ถนน _____ ตำบล / แขวง _____ อำเภอ / เขต _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

ชื่อบิดา / ผู้ปกครอง _____ นามสกุล _____ อาชีพ _____

ตำแหน่ง _____ สถานที่ทำงาน _____

เบอร์ติดต่อ _____ E-mail _____

ชื่อมารดา / ผู้ปกครอง _____ นามสกุล _____ อาชีพ _____

ตำแหน่ง _____ สถานที่ทำงาน _____

เบอร์ติดต่อ _____ E-mail _____

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงและผู้สมัครมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนดทุกประการ

ลงชื่อผู้สมัคร

(.....)

วันที่

ได้สอบถามถึงความตั้งใจและความสนใจของผู้สมัครแล้วจึงขอรับรองการสมัคร และคุณสมบัติของผู้สมัคร

ลงชื่อผู้ปกครอง

(.....)

วันที่