

อาสาสมัครจัดทำหนังสือเสียงเพื่อผู้พิการทางสายตา
 VOICE FOR THE BLINDS : ONE VOICE TWO HANDS ONE STORY ครั้งที่

แบบฟอร์มอาสาสมัคร

ชื่อ นามสกุล ชื่อเล่น
 ชื่อหนังสือที่เลือก ส่งมอบในวันที่

ข้อมูลส่วนตัว

วัน/เดือน/ปี เกิด..... เพศ ชาย หญิง ศาสนา สถานภาพสมรส โสด สมรส
 เบอร์โทรศัพท์ เบอร์มือถือ..... อีเมล

ที่อยู่

วุฒิการศึกษา (ชั้นสูงสุด) : ต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี ปริญญา ปริญญาเอก
 คณะ..... สถานศึกษา..... ปีการศึกษาที่จบ

ตำแหน่งงาน สถานที่ทำงาน

งานอดิเรก

ความสามารถทางภาษา	ปานกลาง	ดี	ดีมาก
ภาษาอังกฤษ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ภาษาญี่ปุ่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ภาษาอื่นๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ความสามารถพิเศษอื่นๆ

รู้จัก VOICE FOR THE BLINDS : ONE VOICE TWO HANDS ONE STORY จากสื่อประเภทใด.....

“วันทวนฯ ขอขอบคุณที่ท่านสนใจเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือผู้พิการทางสายตาในครั้งนี้”

ลงชื่อ
 (.....)

วันที่ ____/____/____