



ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ/ค่าย _____

ข้อมูลนักเรียน (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบ) เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

ชื่อ - นามสกุล (ไทย) _____ ชื่อเล่น _____

ชื่อ - นามสกุล (อังกฤษ) _____ ชื่อเล่น _____

วัน เดือน ปีเกิด _____ อายุ _____ ปี _____ เดือน _____ ชื่อโรงเรียน _____ ระดับชั้น _____

สุขภาพร่างกาย ☐ แข็งแรง ☐ มีโรคประจำตัว คือ _____ เคยรักษาที่ _____

แพทย์ผู้รักษา _____ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน _____

ข้อมูลผู้ปกครอง (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบ) ชื่อ - นามสกุล (ไทย) _____ ชื่อเล่น _____

ความสัมพันธ์ ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ อื่นๆ _____ จำนวนบุตร _____

ที่อยู่ที่บ้าน _____ รหัสไปรษณีย์ _____

อาชีพ _____ ที่อยู่ทำงาน _____

โทรศัพท์ (บ้าน) _____ มือถือ _____ E-Mail _____

วัตถุประสงค์และความคาดหวังในการเข้าร่วมโครงการฯ _____

ข้อมูลส่วนตัว รายได้ต่อเดือน ☐ 15,000 -25,000 บาท ☐ 25,001-35,000 บาท ☐ 35,001- 50,000 บาท ☐ มากกว่า 50,000 บาท ขึ้นไป
วุฒิการศึกษา ☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี ☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโท ☐ อื่นๆ _____
กิจกรรมยามว่าง ☐ ดูหนัง-ฟังเพลง ☐ ช้อปปิ้ง ☐ อ่านหนังสือ ☐ ตกแต่งบ้าน ☐ Spa ☐ กีฬา (ระบุ) _____
ทราบข้อมูลจาก ☐ Internet ☐ หนังสือพิมพ์ ☐ TV ☐ เพื่อนแนะนำ ☐ อื่นๆ _____

โปรดส่งหลักฐานการชำระเงินพร้อมใบสมัครมาที่ 02-947-6107 หรือ E-Mail: register@brainability.co.th

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้รับเงินค่าสมัครอ้างอิงใบเสร็จเลขที่ _____

ชำระโดย ☐ เงินสด ☐ บัตรเครดิต _____

☐ โอนผ่านบัญชี ธ.กสิกรไทย สาขา แฟชั่นไอส์แลนด์ รามอินทรา 720-2-434858

☐ โอนผ่านบัญชี ธ.ไทยพาณิชย์ สาขาคริสตัส ดีไซน์ เซ็นเตอร์ เลขที่ 402-320755-4

ลงชื่อ ผู้รับเงิน _____ วันที่ _____

ลงชื่อ _____

ผู้ปกครอง

วันที่ ____/____/____

สถาบันพัฒนาศักยภาพสมอง BrainAbility

59/204 นิมิตใหม่ 28 ถนนนิมิตใหม่ แขวงสามวาตะวันตก เขตคลองสามวา กรุงเทพฯ 10510

โทรศัพท์ 02-947-6107 โทรสาร 02-947-6107 www.brainability.co.th

หนังสือแสดงความยินยอมของผู้ปกครอง

เขียนที่ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้า _____ เกี่ยวข้องเป็น _____ ของ เด็กชาย/เด็กหญิง _____

ผู้สมัครเข้าโครงการฯ/ค่าย _____ ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดและเงื่อนไขเกี่ยวกับ

โครงการ/ค่าย _____ พร้อมทั้งชำระค่าสมัครเป็นจำนวนเงิน _____ บาทเรียบร้อยแล้ว

ยินยอมให้ เด็กชาย/เด็กหญิง _____ เข้าโครงการ/ค่าย _____

ระหว่างวันที่ ____/____/____ ถึงวันที่ ____/____/____ ของสถาบันฯ ภายใต้การดูแลความปลอดภัยและดูแลเป็นพิเศษใน

เรื่องสุขภาพ โปรดระบุ: _____

ลงชื่อ _____

ผู้ปกครอง

ผู้ปกครอง

หมายเหตุ :

1. ผู้ปกครองต้องเป็นบิดา มารดา หรือผู้ใช้อำนาจปกครองแทนบิดา มารดาของผู้สมัคร
2. ต้องแนบหนังสือแสดงความยินยอมของผู้ปกครองฉบับนี้ไปพร้อมกับใบสมัครด้วย

ข้อมูลการโอนเงิน

โอนผ่านบัญชีธนาคารดังนี้

ชื่อบัญชี : บริษัท เบนอะบิลิตี้ จำกัด ประเภทบัญชี : ออมทรัพย์

ธนาคารกสิกรไทย สาขาแฟชั่นไอส์แลนด์ รามอินทรา เลขบัญชี : 720-2-434858

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาคริสตัล ดีไซน์ เซ็นเตอร์ เลขบัญชี : 402-320755-4

การสมัคร

ส่งใบสมัคร และดำเนินการโอนเงิน ส่งตามความสะดวกของท่าน ดังนี้

1. โทรศัพท์ 02-947-6107

2. อีเมล (E-mail) : register@brainability.co.th

ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมที่

คุณบุษบา (น้องเล็ก) 08-7497-4189

คุณณัฐพิชา (เกิ้ล) 08-4466-6263

ดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ www.brainability.co.th