

ติดรูปถ่าย

ขนาด ๓ x ๔ ซม.

ใบสมัครเข้ารับการฝึกกระโดดร่มแบบพาราเซล

รุ่นที่..... ประจำปีการศึกษา.....

ชื่อ - สกุลหมายเลขประชาชน.....
วัน,เดือน,ปีเกิด.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....
ชื่อบิดา/มารดา.....ภูมิลำเนาปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่

ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด..... ภูมิลำเนาทหาร เลขที่..... หมู่ที่ ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด.....สถานศึกษา.....
หมายเลขเบอร์โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้า ฯ ขอรับรองว่าได้รับการตรวจโรคจากแพทย์แล้วปรากฏว่า ข้าพเจ้า ฯ ไม่เป็นโรคอันใดอันเป็นอุปสรรคในการฝึกอบรม และทดสอบกำลังใจในการกระโดดร่มแบบพาราเซล

ข้าพเจ้า ฯ สมัครเข้ารับการฝึกการกระโดดร่มแบบพาราเซล ด้วยความสมัครใจของตนเอง ในระหว่างการฝึกอบรมฯ หากข้าพเจ้าฯ ประสบภัยอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย,จิตใจ และทรัพย์สินเสียหายด้วยสาเหตุใดก็ตาม ข้าพเจ้าฯ จะไม่เรียกร้องให้ หน่วยบัญชาการรักษาดินแดน หรือกองทัพบกรับผิดชอบ ค่าเสียหายใด ๆ อันเกิดจากอันตรายนั้น ๆ

ข้าพเจ้า ฯ ขอรับรองว่าจะประพฤติ และปฏิบัติอยู่ในระเบียบข้อบังคับของ หน่วยบัญชาการรักษาดินแดนทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร
...../...../.....

หนังสือยินยอมของบิดา / มารดา หรือผู้ปกครอง

ข้า ฯอายุ.....ปี , อาชีพ.....
ภูมิลำเนาปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่ ซอย.....ถนน.....แขวง.....
เขต.....จังหวัด.....สถานที่ทำงาน.....
จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องกับ.....
ของผู้สมัคร และยินยอมให้ผู้สมัครเข้ารับการฝึกกระโดดร่มแบบพาราเซล ไม่ว่าจะกรณีใด ๆ ก็ตามที่เกี่ยวข้องกับการฝึกนี้ จะไม่เรียกร้องค่าตอบแทน จากหน่วยบัญชาการรักษาดินแดน หรือกองทัพบก แต่อย่างใด

(ลงชื่อ).....ผู้ปกครอง
...../...../.....