



ใบสมัครเรียน

โรงเรียนส่งเสริมวิชาชีพและวัฒนธรรมไทยสปา Email : thaispacom@gmail.com

89 ถ.ร่วมจิตร ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000 โทรศัพท์ 043-236544,235424 มือถือ 08-7912-5869

รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว

เลขที่ วันที่

ชื่อ – สกุล (ภาษาไทย) นาย,นาง,นางสาว
(ภาษาอังกฤษ) MR./MRS./MISS.

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. ปัจจุบันอายุปี

สัญชาติ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่เลขที่ ซอย ถนน ตำบล/ แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....

สถานที่ทำงาน โทรศัพท์.....

สถานภาพปัจจุบัน [] โสด [] สมรส [] หย่า จำนวนบุตร คน

จบการศึกษาชั้นสูงสุดระดับ สถานศึกษา สาขา.....

ท่านเคยมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการบริการในสปา & บิวตี้ มาก่อนหรือไม่ [] เคย [] ไม่เคย

ถ้าเคย เรียนหลักสูตร..... จากสถาบัน

ท่านเคยปฏิบัติงานในสถานบริการสปา & บิวตี้ มาก่อนหรือไม่ [] เคย [] ไม่เคย

ถ้าเคย ตำแหน่งงานที่เคยปฏิบัติ ชื่อร้าน

กรณีเร่งด่วนสามารถติดต่อที่..... โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอสมัครเรียนที่โรงเรียนส่งเสริมวิชาชีพและวัฒนธรรมไทยสปา ในหลักสูตร

- | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------------|---------------|---------------|----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> [] | นวดแผนไทย | ระยะเวลาเรียน | ชั่วโมง | ค่าเรียน | บาท |
| <input type="checkbox"/> [] | นวดฝ่าเท้า | ระยะเวลาเรียน | ชั่วโมง | ค่าเรียน | บาท |
| <input type="checkbox"/> [] | นวดน้ำมันหอมระเหย | ระยะเวลาเรียน | ชั่วโมง | ค่าเรียน | บาท |
| <input type="checkbox"/> [] | การนวดสวีดิช | ระยะเวลาเรียน | ชั่วโมง | ค่าเรียน | บาท |
| <input type="checkbox"/> [] | การบริการเพื่อความงาม | ระยะเวลาเรียน | ชั่วโมง | ค่าเรียน | บาท |
| <input type="checkbox"/> [] | สปาเท้า | ระยะเวลาเรียน | ชั่วโมง | ค่าเรียน | บาท |
| <input type="checkbox"/> [] | นวดหินร้อน | ระยะเวลาเรียน | ชั่วโมง | ค่าเรียน | บาท |
| <input type="checkbox"/> [] | การบริหารจัดการสปา(Spa Manager) | ระยะเวลาเรียน | ชั่วโมง | ค่าเรียน | บาท |
| <input type="checkbox"/> [] | นวดไทยสปา | ระยะเวลาเรียน | ชั่วโมง | ค่าเรียน | บาท |
| <input type="checkbox"/> [] | ดูแลสุขภาพและความงามสตรีหลังเรือไฟ | ระยะเวลาเรียน | ชั่วโมง | ค่าเรียน | บาท |
| <input type="checkbox"/> [] | ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย | ระยะเวลาเรียน | ชั่วโมง | ค่าเรียน | บาท |
| <input type="checkbox"/> [] | อื่น ๆ (ระบุ)..... | ระยะเวลาเรียน | ชั่วโมง | ค่าเรียน | บาท |

เริ่มเรียนวันที่ ข้าพเจ้ามีความประสงค์สมัครเรียนตามหลักสูตรข้างต้นของโรงเรียนส่งเสริมวิชาชีพและวัฒนธรรมไทยสปา โดยขอรับว่ารายละเอียดดังกล่าวเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบของโรงเรียนรวมทั้งเข้าใจและยอมรับว่าเงินมัดจำและเงินค่าเรียนไม่สามารถเรียกคืนได้

.....
เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)