

แบบตอบรับ

เข้าร่วมแข่งขันกีฬาเปิดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ครั้งที่ ๑
ระหว่างวันที่ ๒๐ - ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ณ สนามกีฬาองค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล

ชื่อ.....สกุล.....
ผู้จัดการทีม.....หมายเลขโทรศัพท์.....
พาหนะที่ใช้เดินทางมาเข้าร่วมการแข่งขัน หมายเลขทะเบียน
ยินดีส่งนักกีฬาเปิดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมการแข่งขันดังนี้.

ประเภทวีลแชร์เดี่ยว ชาย ๑. ชื่อ.....สกุล.....

๒. ชื่อ.....สกุล.....

๓. ชื่อ.....สกุล.....

ประเภทวีลแชร์เดี่ยว หญิง ๑. ชื่อ.....สกุล.....

๒. ชื่อ.....สกุล.....

๓. ชื่อ.....สกุล.....

ประเภทยืนคู่ ชาย ๑. ชื่อ.....สกุล.....

๒ ชื่อ.....สกุล.....

พิการ.....

๑. ชื่อ.....สกุล.....

๒. ชื่อ.....สกุล.....

พิการ.....

ประเภทยืนคู่ หญิง ๑. ชื่อ.....สกุล.....

๒. ชื่อ.....สกุล.....

พิการ.....

๑. ชื่อ.....สกุล.....

๒. ชื่อ.....สกุล.....

พิการ.....

พร้อมนี้ได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการมาด้วยแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

หมายเหตุ

๑. กรุณาส่งแบบตอบรับ พร้อมแนบสำเนาบัตรคนพิการมายังสำนักงานการกีฬาแห่งประเทศไทย จังหวัดสตูล
ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๗๔๗๒ ๓๗๔๖ ภายในวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๒

๒. ร.ต.ท.ประเสริฐ ขุนอาวุธ เลขาธิการสมาคมกีฬาแห่งจังหวัดสตูล หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๙๗๓๗ ๒๐๒๘
ผู้ประสานงาน