

ใบสมัครโครงการสร้างสุขภาพด้วย Weight Training

ศูนย์ออกกำลังกาย ศูนย์กีฬาแห่งจุฬาฯ

1. ข้อมูลส่วนตัว

ข้าพเจ้า นาย /นาง /นางสาว (ภาษาไทย).....

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ).....

เลขประจำตัวพนักงาน หรือ เลขประจำตัวนิสิต หรือ เลขประจำตัวบัตรประชาชน.....

วัน / เดือน / ปี เกิด.....อายุ.....ปี หน่วยงาน / คณะ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

แขวง / ตำบล.....อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

E - mail.....

2. สมัครเข้าร่วมโครงการสร้างสุขภาพด้วย Weight Training

☐ จำนวน 10 ชั่วโมง เป็นเงิน..... บาท จำนวนผู้เรียน.....คน☐ จำนวน 20 ชั่วโมง เป็นเงิน..... บาท จำนวนผู้เรียน.....คน☐ จำนวน 30 ชั่วโมง เป็นเงิน..... บาท จำนวนผู้เรียน.....คน

3. มีโรคประจำตัวต่อไปนี้

☐ โรคหัวใจ☐ โรคความดันโลหิตสูง☐ โรคหอบหืด☐ โรคเบาหวาน☐ โรคไขข้ออักเสบ☐ โรคอื่นๆ.....

ข้าพเจ้าทราบดีว่าการออกกำลังกายด้วย Weight Training ของข้าพเจ้านี้ ศูนย์ออกกำลังกาย ศูนย์กีฬาแห่งจุฬาฯ เป็นผู้อำนวยความสะดวกในด้านอาคารสถานที่สำหรับฝึก รวมทั้งประสานงานให้เจ้าหน้าที่มาดูแลข้าพเจ้า หากมีเหตุอันตรายหรือความเสียหายใดๆ เกิดขึ้นแก่ข้าพเจ้าจากการมาออกกำลังกายดังกล่าว ข้าพเจ้าตกลงไม่เรียกร้องค่าเสียหาย หรือเรียกร้องการชดเชยใดๆ จากศูนย์กีฬาแห่งจุฬาฯ หรือเจ้าหน้าที่ที่มาดูแล รวมทั้งข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีสภาพร่างกายสมบูรณ์ พร้อมทั้งจะรับการฝึกสอนการออกกำลังกายด้วย Weight Training ตามโปรแกรมที่ข้าพเจ้าสมัครทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

.....

4. สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้รับเงินจำนวน.....บาท ใบเสร็จเล่มที่.....เลขที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับสมัคร