**ใบสมัครแนะนำเพื่อน (สำหรับผู้แนะนำ)**

**เพื่อเข้าร่วมเปลี่ยนชีวิต “โครงการวิ่งสู่ชีวิตใหม่”**

1. **ข้อมูลสำหรับผู้แนะนำ *(สำหรับผู้แนะนำกรอกรายละเอียด)***

ชื่อ – นามสกุล :...................................................................... ชื่อเล่น :............................................................

วันเดือนปีเกิด : ........../........./......... อายุ : ................................ เพศ : หญิง ชาย

ที่อยู่ปัจจุบัน : .....................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

โทรศัพท์มือถือ : .............................................................. อีเมล : ……………………………………………....…………….

ความสัมพันธ์กับผู้ได้รับการแนะนำ : .................................................................................................................

**กรุณาบอกเล่าสาเหตุ เรื่องราวและแรงบันดาลใจที่แนะนำเพื่อนเพื่อเข้าร่วมโครงการ**

**...................................................................................................................................................................**

**...................................................................................................................................................................**

**...................................................................................................................................................................**

**...................................................................................................................................................................**

**...................................................................................................................................................................**

**...................................................................................................................................................................**

1. **ข้อมูลทั่วไปผู้ได้รับการแนะนำเพื่อเข้าร่วมโครงการ**

**ชื่อ – นามสกุล :**...................................................................... **ชื่อเล่น :**............................................................

**วันเดือนปีเกิด : ........../........./......... อายุ** **:** ................................ **เพศ :**  หญิง ชาย

**ที่อยู่ปัจจุบัน :** .....................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

**โทรศัพท์มือถือ :** .............................................................. **อีเมล :** ……………………………………………....…………….

**Line ID: …………………………………………………………… Facebook: ............................................................**

**บุคคลติดต่อกรณีฉุกเฉิน (ถ้ามี)**

**ชื่อ – นามสกุล :** ...................................................................... **ความสัมพันธ์ : .............................................**

**โทรศัพท์มือถือ : .................................................................. อีเมลติดต่อ : .................................................**

1. **ข้อมูลด้านสุขภาพ *(สำหรับผู้แนะนำกรอกรายละเอียด)***

**ไม่มีโรคประจำตัว**

**โรคประจำตัวกรุณาระบุโดยละเอียด (พร้อมแนบเอกสารทางการแพทย์ ถ้ามี)**

**...................................................................................................................................................................**

**...................................................................................................................................................................**

**...................................................................................................................................................................**

**...................................................................................................................................................................**

**ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ**

**ความสูง (ซม.)...................................................... น้ำหนัก (กิโลกรัม)……………………………………………..**

**อก (นิ้ว)................................................................. สะโพก (นิ้ว)...........................................................**

**รอบเอว (นิ้ว)…………………………………................. รอบแขน (นิ้ว)…………………………………....................**

1. **เงื่อนไขการเข้าร่วมโครงการ *(สำหรับผู้แนะนำกรอกรายละเอียด)***

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลดังกล่าวถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ และ ยินยอมให้ทางคณะกรรมการและโครงการตรวจสอบข้อมูล และสักถามได้ตามความเหมาะสมเพื่อประกอบการตัดสินพิจารณาคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ ทั้งนี้ หากตรวจสอบพบว่า ข้าพเจ้าให้ข้อความไม่ถูกต้องตามความเป็นจริงหรือเป็นผู้มีคุณสมบัติไม่ตรง ข้าพเจ้าจะขอรับผิดชอบในการตัดสินของคณะกรรมการคัดเลือก

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าได้รับทราบข้อมูลในการได้รับการแนะนำ เพื่อสมัครและเข้าร่วมโครงการนี้

ผู้ได้รับการแนะนำจะดำเนินการตามกระบวนการและเงื่อนไขของโครงการ หากไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขได้ ข้าพเจ้ามีความยินดี ที่จะสละสิทธิ์

หากผู้ได้รับการแนะนำ ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการจะมีความยินดีให้ทางโครงการติดตาม ถ่ายทำในรูปแบบสารคดีเรียลริตี้ ตลอดระยะเวลา 3 เดือน

ยินยอม ไม่ยินยอม

.................................................................... ....................................................................

( ) ( )

ลงชื่อผู้ได้รับการแนะนำ ลงชื่อผู้แนะนำ

**สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมทางโทรศัพท์**  รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับโครงการการส่งใบสมัคร โทร. 02-298-0988 ต่อ 104

**ส่งใบสมัครมาได้ที่**  อีเมล : pingsproject@gmail.com