

ใบสมัครเข้าเรียนโปรแกรมสอนเสริมพิเศษ ภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๙

ข้าพเจ้า _____ ผู้ปกครองของ _____
 นักเรียนชั้น _____ ต้องการสมัครเข้าเรียนในโปรแกรมดังนี้

| ใส่ ✓ | ชื่อโปรแกรม ระบุกลุ่ม | วันและเวลาเรียน | จำนวนเงิน (บาท) |
|--------------------------|-----------------------|-----------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| รวมเป็นเงิน | | | |

* ทั้งนี้ โรงเรียนขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินค่าใช้จ่ายที่ชำระแล้วทุกกรณี
 ข้าพเจ้าได้แจ้งความประสงค์และรับทราบข้อมูลทุกประการแล้ว

ลงนาม ผู้ปกครอง
 (.....)
/...../.....