ใบแสดงความจำนง

สมัครเป็นตัวแทนประกันวินาศภัย

**ข้อมูลส่วนตัว:**

ชื่อ....................................................นามสกุล................................................เลขที่บัตรประชาชน..............................................

เกิดวันที่...............เดือน...............................พ.ศ...................เชื้อชาติ..................สัญชาติ.....................ศาสนา...........................

ระดับการศึกษา**:**  ปวช. ปวส. ปริญญาตรี ปริญญาโท อื่นๆ(ระบุ)..........................................

จบการศึกษาสูงสุดจาก.....................................................................................................ปีพ.ศ.ที่จบ.........................................

ใบอนุญาตนายหน้าประกันวินาศภัย เลขที่ใบอนุญาต.................................วันที่ใบอนุญาตหมดอายุ........................

ใบอนุญาตตัวแทนประกันวินาศภัย เลขที่ใบอนุญาต.................................วันที่ใบอนุญาตหมดอายุ........................

ไม่มีใบอนุญาต

**ข้อมูลการติดต่อ:**

บ้านเลขที่......................................หมู่ที่................หมู่บ้าน/อาคาร.........................................ตรอก/ซอย..................................

ถนน.............................................ตำบล/แขวง..................................................อำเภอ/เขต.......................................................

จังหวัด..........................................รหัสไปรษณีย์...................................

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ**:**........................................................หมายเลขโทรศัพท์บ้าน**:**..............................................................

E-mail**:** .................................................................................

กรุณาใส่เครื่องหมาย **√** ในช่องที่ตรงกับความประสงค์ของท่าน**:**

✰ หากบริษัทกำหนดให้ท่านต้องเข้าอบรมตามหลักสูตรที่บริษัทกำหนด ✰

สามารถเข้าอบรมได้

ไม่แน่ใจ

ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้

ต้องการเข้าอบรม (วันจันทร์-ศุกร์)

ต้องการเข้าอบรม (วันเสาร์-อาทิตย์)

ลงชื่อ..............................................ผู้สมัคร ( )

วันที่.........../.........../..........

ลงชื่อ........................................ผจก.แผนกพัฒนาตัวแทน ลงชื่อ........................................... เจ้าหน้าที่ ( ) ( )

วันที่........../........../.......... วันที่........../........../..........

กรุณาส่งเอกสารนี้ถึงผู้จัดการแผนกพัฒนาตัวแทน

e-mail: aort@viriyah.co.th *หรือ* หมายเลขโทรสาร 0-2641-3592