

วันที่กรอกใบสมัคร	รหัสตัวแทน	สาขา
1. ข้อมูลการสมัครเข้าอบรม		
สมัครอบรมแบบ	สถานที่จัดอบรม	
<input type="checkbox"/> การอบรมทางไกลแบบห้องเรียน	ระบุวันที่เข้ารับการอบรม	
<input type="checkbox"/> การอบรมผ่านโปรแกรม Zoom	ระบุวันที่เข้ารับการอบรม	
2. ข้อมูลส่วนบุคคล		
2.1 ชื่อ-สกุล (นาย,นาง,นางสาว)		
2.2 วัน เดือน ปี เกิด	อายุ ปี	2.3 สถานภาพ <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> หย่า
2.4 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
สถานที่ออกบัตร	วันออกบัตร	วันบัตรหมดอายุ
2.5 ที่อยู่ตามบัตรประชาชน		
2.6 ที่อยู่ติดต่อได้ <input type="checkbox"/> เหมือนที่อยู่ตามบัตรประชาชน		
โทรศัพท์มือถือ (*จำเป็น*)	e-mail address(*จำเป็น*)	
3. ประสงค์ขอสมัครเข้ารับการอบรม"หลักสูตรขอรับใบอนุญาตเป็นตัวแทนประกันวินาศภัย"ของ บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด(มหาชน) รหัสบริษัท 2037		
4. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้แนบเอกสารประกอบการสมัครมา พร้อมนี้		
<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 ฉบับ		
<input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตเป็นตัวแทนประกันวินาศภัย (กรณีใบอนุญาตขาดต่อ)		

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
()

ส่วนของสาขาพิจารณาใบสมัคร <input type="checkbox"/> อนุมัติให้เข้าอบรม <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....	ลงชื่อ.....ผู้พิจารณาใบสมัคร () ตำแหน่ง.....
--	---

