



# ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ Cubic Photo Camp Extreme #1

คิวบิกครีเอทีฟ



CPHCX1\_APP

ชื่อ/นามสกุล (โปรดระบุคำอ่าน หากสะกดได้หลายแบบ)			ชื่อเล่น		เพศ ชาย หญิง		ความกว้างหน้า (เสื้อค่าย)	
สถาบันการศึกษา		ชั้นปี (ปีการศึกษา 2552) ม.1 ม.2 ม.3 ม.4 ม.5 ม.6			วันเกิด (วัน/เดือน/ปี พ.ศ.) / /			
ที่อยู่				จังหวัด		รหัสไปรษณีย์ □ □ □ □ □ □		
อีเมล		โทรศัพท์บ้าน			โทรศัพท์มือถือ			
ชื่อผู้ติดต่อยามฉุกเฉิน					โทรศัพท์ที่ติดต่อยามฉุกเฉิน			
ข้อมูลสุขภาพ / ข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมและรับประทานอาหาร / ยี่ห้อรุ่นกล้องและเลนส์ที่จะนำมาใช้								
ข้าพเจ้าและผู้ปกครองได้รับทราบและยอมรับข้อ ตกลงของโครงการและขอยืนยันว่าข้อมูลทั้งหมดนี้ เป็นความจริง			ลงนาม (ผู้สมัคร)			ลงนาม (ผู้ปกครอง)		
อนุญาตให้คิวบิกครีเอทีฟติดต่อเพื่อแจ้งข่าวสารโครงการอื่นๆ ในอนาคต (หากมากเพื่อเลือก / เลือกได้มากกว่า 1)			ไปรษณีย์		อีเมล		SMS/MMS	
					วัน/เวลาที่โอนเงิน / / :			

พื้นที่แปะสลิปการโอนเงิน

ธนาคาร ไทยพาณิชย์ ชื่อบัญชี พิษญา พิทักษ์นิตินันท์ เลขที่บัญชี 235 208103 9

ติดต่อ/สอบถาม โทร. 083 159 0777 (18:00 - 21:00)

เว็บไซต์โครงการ <http://cubiccreative.org/photocampextreme>

เว็บไซต์ข้อตกลงการเข้าร่วมโครงการ <http://cubiccreative.org/photocampextreme/tos.html>