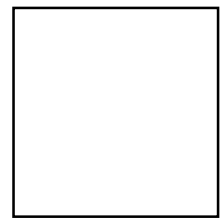




ใบสมัครสมาชิก

ห้องส่งเสริมสุขภาพและสมรรถภาพ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี  
Application for Membership of UBU Health and Fitness



เลขที่สมาชิก (Membership No.).....

ชื่อ (Name) Mr./Mrs./Miss .....นามสกุล (Surname).....

วัน/เดือน/ปีเกิด (DD/MM/YY) □□/□□/□□ อายุ (Age) □□ ปี เพศ (Sex) ( ) ชาย (Male) ( ) หญิง (Female)

เลขที่บัตรประชาชน (ID.Card No./Passport No.) .....

สถานภาพ (Marital Status) ( ) โสด (Single) ( ) สมรส (Married) ( ) อื่นๆ(Other) .....

ที่อยู่ปัจจุบัน (Current Address) บ้านเลขที่ (House No.).....หมู่บ้าน (Village/Apartment)..... ซอย (Soi).....

ถนน (Street)..... แขวง/ตำบล (Sub-district)..... เขต/อำเภอ (District).....

จังหวัด (Province)..... รหัสไปรษณีย์ (Postal Code)..... โทรศัพท์ (Home Phone).....

มือถือ (Mobile Phone).....E-mail Address.....

ชื่อบุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ (Reference Person) ชื่อ (Name) Mr./Mrs./Miss.....

นามสกุล (Surname).....โทรศัพท์ (Home Phone).....

มือถือ (Mobile Phone)..... E-mail Address.....

ท่านมีโรคประจำตัวต่อไปนี้หรือไม่ (Illness)  โรคหัวใจ (Heart Disease)  โรคความดันโลหิตสูง (High blood Pressure)

โรคหอบหืด (Asthma)  ปวดเมื่อยตามข้อ (Arthritis)  โรคเบาหวาน (Diabetes)

โรคอื่น ๆ (Other: Please Specify).....  ไม่มีโรคประจำตัว (No Underlying Illness)

ประเภทสมาชิก (Type of Membership)  สมาชิกประเภท ก. (Type A)  สมาชิกประเภท ข. (Type B)

สมาชิกประเภท ค. (Type C)

ประเภทสมาชิกที่ประสงค์จะสมัคร (Membership Package)

ประเภทรายเดือน (Monthly).....Bath  ประเภทรายสามเดือน (Three Months) .....Bath

ประเภทรายหกเดือน (Six Months)..... Bath  ประเภทรายสิบสองเดือน (Twelve Months).....Bath

หลักฐานการสมัครสมาชิก (Required Documents)

รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว 2 รูป (2 pieces of 1 Inch Photo)

สำเนาทะเบียนบ้านหรือสำเนาบัตรประชาชน (Copy of ID Card/Passport)

ใบรับรองแพทย์ ไม่เกิน 3 เดือน (Medical Certificate Taken Not More Than 3 Months)

อื่นๆ (Other: Please Specify).....

หมายเหตุ การเก็บข้อมูลนี้เพื่อใช้ในการสมัครสมาชิก ห้องส่งเสริมสุขภาพและสมรรถภาพ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้ข้อมูลส่วนบุคคลและเปิดเผยข้อมูล ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 หมวด 2 มาตรา 19

ลงชื่อ.....ผู้สมัครสมาชิก

...../...../.....

(Applicant Signature)

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร

น้ำหนัก (Weight).....kg. ส่วนสูง (Height).....cm. ชีพจรขณะพัก.....ครั้ง/นาที BP...../.....mm.Hg

ค่าดัชนีมวลกาย BMI.....  ปกติ BMI 18.5 – 22.9  ผอม BMI < 18.5  ท้วม BMI 23.0 – 24.9

อ้วน BMI 25 – 29.9  อ้วนอันตราย BMI > 30.0

การประเมิน ชีพจรจากสมรรถภาพร่างกาย STEP TEST 3 MIN.....ครั้ง/นาที

ได้รับเงินจำนวน.....บาท

ใบเสร็จเลขที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับสมัคร