

ใบสมัครเข้าร่วมคัดตัวแทน
นักกีฬาวอลเลย์บอลชาย รุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี (2546)
สมาคมกีฬาวอลเลย์บอลแห่งประเทศไทย

ติดรูปถ่าย
ไม่เกิน 3 เดือน

ชื่อ นาย.....นามสกุล.....

First Name (ภาษาอังกฤษ).....Family Name.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

Birth Date (ภาษาอังกฤษ).....Month.....Year.....

อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.

โรงเรียน.....ชั้น.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

E-Mail.....

สังกัด.....

ตำแหน่งที่เล่น MB (บอลเร็ว) OS (หัวเสา) OP (บิ๊หลัง) L (ตัวรับอิสระ) S (ตัวเซต)

ผู้ฝึกสอน.....เบอร์ติดต่อผู้ฝึกสอน.....

ที่อยู่ติดต่อได้เพื่อจัดส่งเอกสาร (ตัวบรรจง).....

ผลการแข่งขัน

หมายเหตุ กรุณาส่งใบสมัครมาที่ ภายในวันที่ 7 มิถุนายน 2565 ปีครึ่งใบสมัครเวลา 15:00 น.

โดยทางสมาคมกีฬาวอลเลย์บอลแห่งประเทศไทยจะทำการพิจารณา และทำการคัดเลือกต่อไป



สแกนส่งใบสมัคร