



**The American Legion at Ubon Ratchathani, Thailand**  
**Brigadier General Robin Olds Post Number THo1**

**ที่มั่นTHo1อีเมล:**

[commander@americanlegionthailand.com](mailto:commander@americanlegionthailand.com)

**ที่มั่นTHo1โทรศัพท์:**

(+66) 92-605-9661

## เอกสารข้อมูลของจีน

ชื่อ: \_\_\_\_\_ หมายเลขประกันสังคม: \_\_\_\_\_

วันเกิด: \_\_\_\_\_ สถานที่เกิด: \_\_\_\_\_

ที่อยู่ปัจจุบัน: \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์: \_\_\_\_\_ ที่อยู่อีเมล: \_\_\_\_\_

พลเมืองสหรัฐฯ  ใช่  ไม่  ไม่  ใช่  ไม่

วันที่แปลงสัญชาติ: \_\_\_\_\_ ที่ตั้ง: \_\_\_\_\_

หมายเลขใบรับรอง: \_\_\_\_\_ หมายเลขใบสมัคร: \_\_\_\_\_

สถานภาพการสมรส:

เดี่ยว  แต่งงานแล้ว  หย่าร้าง  แยกออก  หม้าย

วันที่แต่งงาน: \_\_\_\_\_ สถานที่สมรส: \_\_\_\_\_

### **อดีตคู่สมรส**

ชื่อ (First-Middle-Maiden): \_\_\_\_\_

วันเกิด: \_\_\_\_\_ สถานที่เกิด: \_\_\_\_\_

วันที่แต่งงาน: \_\_\_\_\_ สถานที่สมรส: \_\_\_\_\_

วันที่หย่า: \_\_\_\_\_ สถานที่หย่าร้าง: \_\_\_\_\_

ยังมีชีวิตอยู่?  ใช่  ไม่  ไม่  ไม่

วันที่หากการแต่งงานสิ้นสุดลงด้วยความตาย: \_\_\_\_\_

### **การรับราชการทหาร**

สาขาบริการ: \_\_\_\_\_ วันที่สมัคร: \_\_\_\_\_

สถานที่สมัคร: \_\_\_\_\_ วันที่เกษียณอายุ: \_\_\_\_\_

หน่วยสุดท้าย: \_\_\_\_\_ ที่ตั้ง: \_\_\_\_\_

วันที่เสียชีวิต: \_\_\_\_\_ สถานที่เสียชีวิต: \_\_\_\_\_

สาเหตุการตาย: \_\_\_\_\_

วันสถาปนา/สถาปนา: \_\_\_\_\_ ที่ตั้ง: \_\_\_\_\_

ชื่อของพ่อ: \_\_\_\_\_ ยังมีชีวิตอยู่?  ใช่  ไม่

วันเกิด: \_\_\_\_\_ สถานที่เกิด: \_\_\_\_\_

แม่ชื่อ: \_\_\_\_\_ ยังมีชีวิตอยู่?  ใช่  ไม่

วันเกิด: \_\_\_\_\_ สถานที่เกิด: \_\_\_\_\_

## เอกสารข้อมูลคู่สมรสของจีน

ชื่อ: \_\_\_\_\_ หมายเลขประกันสังคม: \_\_\_\_\_

วันเกิด: \_\_\_\_\_ สถานที่เกิด: \_\_\_\_\_

ที่อยู่ปัจจุบัน: \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์: \_\_\_\_\_ ที่อยู่อีเมล: \_\_\_\_\_

พลเมืองสหรัฐฯ  ใช่  ไม่  ไม่  ใช่  ไม่

วันที่แปลงสัญชาติ: \_\_\_\_\_ ที่ตั้ง: \_\_\_\_\_

หมายเลขใบรับรอง: \_\_\_\_\_ หมายเลขใบสมัคร: \_\_\_\_\_

สถานภาพการสมรส:

เดี่ยว  แต่งงานแล้ว  หย่าร้าง  แยกออก  หม้าย

วันที่แต่งงาน: \_\_\_\_\_ สถานที่สมรส: \_\_\_\_\_

### อดีตคู่สมรส

ชื่อ (First-Middle-Maiden): \_\_\_\_\_

วันเกิด: \_\_\_\_\_ สถานที่เกิด: \_\_\_\_\_

วันที่แต่งงาน: \_\_\_\_\_ สถานที่สมรส: \_\_\_\_\_

วันที่หย่า: \_\_\_\_\_ สถานที่หย่าร้าง: \_\_\_\_\_

ยังมีชีวิตอยู่?  ใช่  ไม่  ไม่  ไม่

วันที่หากการแต่งงานสิ้นสุดลงด้วยความตาย: \_\_\_\_\_

### การรับราชการทหาร

สาขาบริการ: \_\_\_\_\_ วันที่สมัคร: \_\_\_\_\_

สถานที่สมัคร: \_\_\_\_\_ วันที่เกษียณอายุ: \_\_\_\_\_

หน่วยสุดท้าย: \_\_\_\_\_ ที่ตั้ง: \_\_\_\_\_

วันที่เสียชีวิต: \_\_\_\_\_ สถานที่เสียชีวิต: \_\_\_\_\_

สาเหตุการตาย: \_\_\_\_\_

วันสถาปนา/สถาปนา: \_\_\_\_\_ ที่ตั้ง: \_\_\_\_\_

ชื่อของพ่อ: \_\_\_\_\_ ยังมีชีวิตอยู่?  ใช่  ไม่

วันเกิด: \_\_\_\_\_ สถานที่เกิด: \_\_\_\_\_

แม่ชื่อ: \_\_\_\_\_ ยังมีชีวิตอยู่?  ใช่  ไม่

วันเกิด: \_\_\_\_\_ สถานที่เกิด: \_\_\_\_\_

# เอกสารข้อมูลเด็กของเรา

ชื่อ: \_\_\_\_\_ เอสเอสเอ็น: \_\_\_\_\_ สถานะ: \_\_\_\_\_  
วันเกิด: \_\_\_\_\_ สถานที่เกิด: \_\_\_\_\_ เพศ: \_\_\_\_\_  
ที่อยู่ปัจจุบัน: \_\_\_\_\_  
หมายเลขโทรศัพท์: \_\_\_\_\_ ที่อยู่อีเมล: \_\_\_\_\_  
พลเมืองสหรัฐฯ  ใช่  ไม่ แปลงสัญชาติ  ใช่  ไม่  
วันที่แปลงสัญชาติ: \_\_\_\_\_ ที่ตั้ง: \_\_\_\_\_  
หมายเลขใบรับรอง: \_\_\_\_\_ หมายเลขใบสมัคร: \_\_\_\_\_

ชื่อ: \_\_\_\_\_ เอสเอสเอ็น: \_\_\_\_\_ สถานะ: \_\_\_\_\_  
วันเกิด: \_\_\_\_\_ สถานที่เกิด: \_\_\_\_\_ เพศ: \_\_\_\_\_  
ที่อยู่ปัจจุบัน: \_\_\_\_\_  
หมายเลขโทรศัพท์: \_\_\_\_\_ ที่อยู่อีเมล: \_\_\_\_\_  
พลเมืองสหรัฐฯ  ใช่  ไม่ แปลงสัญชาติ  ใช่  ไม่  
วันที่แปลงสัญชาติ: \_\_\_\_\_ ที่ตั้ง: \_\_\_\_\_  
หมายเลขใบรับรอง: \_\_\_\_\_ หมายเลขใบสมัคร: \_\_\_\_\_

ชื่อ: \_\_\_\_\_ เอสเอสเอ็น: \_\_\_\_\_ สถานะ: \_\_\_\_\_  
วันเกิด: \_\_\_\_\_ สถานที่เกิด: \_\_\_\_\_ เพศ: \_\_\_\_\_  
ที่อยู่ปัจจุบัน: \_\_\_\_\_  
หมายเลขโทรศัพท์: \_\_\_\_\_ ที่อยู่อีเมล: \_\_\_\_\_  
พลเมืองสหรัฐฯ  ใช่  ไม่ แปลงสัญชาติ  ใช่  ไม่  
วันที่แปลงสัญชาติ: \_\_\_\_\_ ที่ตั้ง: \_\_\_\_\_  
หมายเลขใบรับรอง: \_\_\_\_\_ หมายเลขใบสมัคร: \_\_\_\_\_

ชื่อ: \_\_\_\_\_ เอสเอสเอ็น: \_\_\_\_\_ สถานะ: \_\_\_\_\_  
วันเกิด: \_\_\_\_\_ สถานที่เกิด: \_\_\_\_\_ เพศ: \_\_\_\_\_  
ที่อยู่ปัจจุบัน: \_\_\_\_\_  
หมายเลขโทรศัพท์: \_\_\_\_\_ ที่อยู่อีเมล: \_\_\_\_\_  
พลเมืองสหรัฐฯ  ใช่  ไม่ แปลงสัญชาติ  ใช่  ไม่  
วันที่แปลงสัญชาติ: \_\_\_\_\_ ที่ตั้ง: \_\_\_\_\_  
หมายเลขใบรับรอง: \_\_\_\_\_ หมายเลขใบสมัคร: \_\_\_\_\_

## • รายการเอกสาร•

### └ DD-214s

แบบฟอร์ม DD-214s

└ บัตรประจำตัวทหารสหรัฐ บัตรประจำตัว

จาทวีตรชาทางกองชายาวอเมริกัน

└ ใบรับรองการแปลงสัญชาติสหรัฐอเมริกา ใบ

รับรองสัญชาติอเมริกัน

└ กรีนการ์ดของสหรัฐอเมริกา เอกสารโอน

ยูนาตไออาศัยในสหรัฐอเมริกา

└ บัตรประกันสังคมของสหรัฐอเมริกา

บัตรประกันสังคมอเมริกัน

└ บัตรประจำตัวประชาชน

### บัตรประจำตัว

└ หนังสือเดินทางไทย (+ หนังสือเดินทางสหรัฐอเมริกา)

หนังสือเดินทางของประเทศไทยและสหรัฐอเมริกา

└ ทะเบียนสมรส (+ ภาษาอังกฤษ) ใบทำ

เบก้าทำ(อัลอังกฤษ)

└ หนังสือรับรองการหย่า (+ อังกฤษ) (ทั้งคู่) กรมไ

ยานมาถึงทำทนายเบเต้เบ้และใบหย่า(ออกคักกฤษ)

└ สูติบัตร - ภรรยา (+ อังกฤษ) ใบเกิดของ

ภรรยา(ภาษาอังกฤษ)

└ สูติบัตร - เด็ก (+ อังกฤษ) ใบเกิดของบุตร(

ภาษาอังกฤษ)

└ เอกสารการรับเลี้ยงบุตรบุญธรรม

เอกสารการบริจาคใหญ่แก่มูลนิธิต่างๆ

### └ เอกสารประกันภัย

เอกสารประกันภัย

└ ใบแจ้งยอดธนาคาร / เอกสาร รายการถอน

ถอนออกจากบัญชีเงินฝากในบัญชี

└ งบหุ้นและพันธบัตร ใบอนุท

นุกหุริอีพนัรบัตร์

└ ใบแจ้งยอดบัญชีเกษียณ รายการนิพ

ถอนถอนในบัญชีเงินบำนาญ

└ เอกสารกิจการทหารผ่านศึก (VA) เอกสารกอง

บัญชาการพาณิชย์

└ พิธีกรรม / หนังสือมอบอำนาจ พน

ยักรรม/หนังสือมอบอำนาจ

└ บันทึกภาษีเงินได้ เอกสา

รบทกัการเสยภาษีงนัได

└ ตู้เซฟ ต้นรัภัย

└ สำเนาโฉนด / สิ้นเชื่อที่อยู่อาศัย เอกสา

โฉนดเรียเอกสารจาลนอสรัหารมัทร์พัย

└ หนีค่างชำระ

หนีคคคเคลัยงณ องชาล ะ

└ สมาชิกสมาคม สกปรกสมาชก

ของวีรียะ

### ข้อมูลเบื้องต้น:

ทำสำเนาใบมรณะอย่างน้อย 8 ชุดพร้อมคำแปล ทำการเปลี่ยนแปลงที่

จำเป็นในโปรแกรม DEERS, Tricare ฯลฯ ของคุณ เปลี่ยนเงินประกัน

สังคมและการเกษียณอายุทหาร

ตรวจสอบกับ VA สำหรับสิทธิ (เครื่องหมายหลุมฝังศพ การชำระเงิน ใบรับรองอนุสรณ์ประธานาธิบดี)

ตรวจสอบกับ VFW เกี่ยวกับบริการอนุสรณ์และธงโลงศพ

ผู้รอดชีวิตควรอัปเดตตามความเหมาะสม จะ

ติดต่อธนาคารตามความเหมาะสม

บัตรเครดิต/บัตรเอทีเอ็มพิเศษควรถูกทำลายหรือยกเลิก การ

เปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมควรกระทำกับเจ้าของร่วมทั้งหมด ติดต่อ

บริษัทประกันภัยตามความเหมาะสม

ส่งทหารและบัตรประจำตัวผู้อยู่ในความอุปการะ (ทีโหนและเมื่อจำเป็น)

\* พยายามทุกวิถีทางที่จะรักษาเอกสาร "ต้นฉบับ" ที่ให้สำเนารับรองเมื่อใดก็ตามที่

เป็นไปได้

# ข้อมูลธนาคารและการเงิน

ธนาคาร #1

ที่อยู่

หมายเลขโทรศัพท์

แฟกซ์

เว็บไซต์

หมายเลขเส้นทาง/รหัสสวิตช์:

เลขที่บัญชี

เจ้าของ:

ประเภทบัญชี:

เลขที่บัญชี

เจ้าของ:

ประเภทบัญชี:

บัตรเครดิตธนาคาร:

หมายเลขบัตร.

หมายเลขพิน

บัตรเครดิตธนาคาร:

หมายเลขบัตร.

หมายเลขพิน

หมายเหตุ:

ธนาคาร #2

ที่อยู่

หมายเลขโทรศัพท์

แฟกซ์

เว็บไซต์

หมายเลขเส้นทาง/รหัสสวิตช์:

เลขที่บัญชี

เจ้าของ:

ประเภทบัญชี:

เลขที่บัญชี

เจ้าของ:

ประเภทบัญชี:

บัตรเครดิตธนาคาร:

หมายเลขบัตร.

หมายเลขพิน

บัตรเครดิตธนาคาร:

หมายเลขบัตร.

หมายเลขพิน

หมายเหตุ:

ธนาคาร #3

ที่อยู่

หมายเลขโทรศัพท์

แฟกซ์

เว็บไซต์

หมายเลขเส้นทาง/รหัสสวิตช์:

เลขที่บัญชี

เจ้าของ:

ประเภทบัญชี:

เลขที่บัญชี

เจ้าของ:

ประเภทบัญชี:

บัตรเครดิตธนาคาร:

หมายเลขบัตร.

หมายเลขพิน

บัตรเครดิตธนาคาร:

หมายเลขบัตร.

หมายเลขพิน

หมายเหตุ:

## ข้อมูลธนาคารและการเงิน

ธนาคาร #4

ที่อยู่

หมายเลขโทรศัพท์

แฟกซ์

เว็บไซต์

หมายเลขเส้นทาง/รหัสสวิตช์:

เลขที่บัญชี

เจ้าของ:

ประเภทบัญชี:

เลขที่บัญชี

เจ้าของ:

ประเภทบัญชี:

บัตรเครดิตธนาคาร:

หมายเลขบัตร.

หมายเลขพิน

บัตรเครดิตธนาคาร:

หมายเลขบัตร.

หมายเลขพิน

หมายเหตุ:

ธนาคาร #5

ที่อยู่

หมายเลขโทรศัพท์

แฟกซ์

เว็บไซต์

หมายเลขเส้นทาง/รหัสสวิตช์:

เลขที่บัญชี

เจ้าของ:

ประเภทบัญชี:

เลขที่บัญชี

เจ้าของ:

ประเภทบัญชี:

บัตรเครดิตธนาคาร:

หมายเลขบัตร.

หมายเลขพิน

บัตรเครดิตธนาคาร:

หมายเลขบัตร.

หมายเลขพิน

หมายเหตุ:

นายจ้าง

ที่อยู่

หมายเลขโทรศัพท์

แฟกซ์

จ่ายรวม:

จ่ายสุทธิ:

รายได้ที่ต้องเสียภาษี:

แหล่งรายได้อื่น:(รายได้ค่าเช่า เบี้ยประกัน บำเหน็จบำนาญ ฯลฯ)

แหล่งที่มา:

จำนวน:

แหล่งที่มา:

จำนวน:

แหล่งที่มา:

จำนวน:

รายการหนี้คงค้าง

เจ้าหนี้:	_____	จำนวน:	_____
เจ้าหนี้:	_____	จำนวน:	_____
เจ้าหนี้:	_____	จำนวน:	_____
เจ้าหนี้:	_____	จำนวน:	_____
เจ้าหนี้:	_____	จำนวน:	_____
เจ้าหนี้:	_____	จำนวน:	_____

ข้อมูลการจ่ายทหาร

จ่ายรวม: \_\_\_\_\_ จ่ายสุทธิ: \_\_\_\_\_ รายได้ที่ต้องเสียภาษี: \_\_\_\_\_

การหักเงิน:

ค่าใช้จ่ายผลประโยชน์ของผู้รอดชีวิต

\_\_\_\_\_

ภาษีเงินได้ของรัฐบาลกลาง

\_\_\_\_\_

ภาษีเงินได้ของรัฐ

\_\_\_\_\_

การจัดสรร

\_\_\_\_\_

เบี้ยประกันภัย

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

การหักเงินทั้งหมด:

\_\_\_\_\_

แผนสวัสดิการผู้รอดชีวิตจากทหาร (SBP)

การเลือกตั้ง:

\_\_\_\_\_

จำนวนฐานเงินรายปี:

\_\_\_\_\_

จำนวนเงินงวด:

\_\_\_\_\_

ประกันสังคม (ถ้ามี)

หมายเลขประกันสังคม:

\_\_\_\_\_

เดือนที่ยื่น

\_\_\_\_\_

ประเภทของผลประโยชน์:

\_\_\_\_\_

วันที่เริ่มต้น:

\_\_\_\_\_

จำนวนผลประโยชน์:

\_\_\_\_\_





ชื่อ: \_\_\_\_\_ สังกัดทางศาสนา: \_\_\_\_\_

ฉันชอบ: \_\_\_\_\_ ทางเลือกของสุสาน: \_\_\_\_\_

หากเผาเถ้าถ่านจะเป็น: \_\_\_\_\_

การเลือกดนตรี: \_\_\_\_\_

Pallbearer ที่ร้องขอ: \_\_\_\_\_ Pallbearer ที่ร้องขอ: \_\_\_\_\_

Pallbearer ที่ร้องขอ: \_\_\_\_\_ Pallbearer ที่ร้องขอ: \_\_\_\_\_

Pallbearer ที่ร้องขอ: \_\_\_\_\_ Pallbearer ที่ร้องขอ: \_\_\_\_\_

คำขอพิเศษ: \_\_\_\_\_

การบริจาคอวัยวะ

- ฉันไม่ต้องการบริจาคอวัยวะใด ๆ ของฉัน
- ฉันต้องการบริจาคอวัยวะใด ๆ ที่จำเป็นสำหรับการปลูกถ่าย ฉัน
- ต้องการบริจาคร่างกายเพื่อการวิจัย
- ฉันต้องการบริจาคอวัยวะต่อไปนี้เพื่อการปลูกถ่าย/วิจัย:

รายการอวัยวะ: \_\_\_\_\_

ขอข่าวมรณกรรม  ใช่  ไม่

รวมสิ่งต่อไปนี้: \_\_\_\_\_

ชื่อ: \_\_\_\_\_ สังกัดทางศาสนา: \_\_\_\_\_

ฉันชอบ: \_\_\_\_\_ ทางเลือกของสุสาน: \_\_\_\_\_

หากเผาเถ้าถ่านจะเป็น: \_\_\_\_\_

การเลือกดนตรี: \_\_\_\_\_

Pallbearer ที่ร้องขอ: \_\_\_\_\_ Pallbearer ที่ร้องขอ: \_\_\_\_\_

Pallbearer ที่ร้องขอ: \_\_\_\_\_ Pallbearer ที่ร้องขอ: \_\_\_\_\_

Pallbearer ที่ร้องขอ: \_\_\_\_\_ Pallbearer ที่ร้องขอ: \_\_\_\_\_

คำขอพิเศษ: \_\_\_\_\_

การบริจาคอวัยวะ:

- ฉันไม่ต้องการบริจาคอวัยวะใด ๆ ของฉัน
- ฉันต้องการบริจาคอวัยวะใด ๆ ที่จำเป็นสำหรับการปลูกถ่าย ฉัน
- ต้องการบริจาคร่างกายเพื่อการวิจัย
- ฉันต้องการบริจาคอวัยวะต่อไปนี้เพื่อการปลูกถ่าย/วิจัย:

รายการอวัยวะ: \_\_\_\_\_

ขอข่าวมรณกรรม  ใช่  ไม่

รวมสิ่งต่อไปนี้: \_\_\_\_\_

รายชื่อครอบครัว

ชื่อ 1:	_____	ความสัมพันธ์:	_____
ที่อยู่:	_____		
หิมโพน	_____	Wk Phone	_____
		อีเมล:	_____
ชื่อ 2:	_____	ความสัมพันธ์:	_____
ที่อยู่:	_____		
หิมโพน	_____	Wk Phone	_____
		อีเมล:	_____
ชื่อ 3:	_____	ความสัมพันธ์:	_____
ที่อยู่:	_____		
หิมโพน	_____	Wk Phone	_____
		อีเมล:	_____
ชื่อ 4:	_____	ความสัมพันธ์:	_____
ที่อยู่:	_____		
หิมโพน	_____	Wk Phone	_____
		อีเมล:	_____
ชื่อ 5:	_____	ความสัมพันธ์:	_____
ที่อยู่:	_____		
หิมโพน	_____	Wk Phone	_____
		อีเมล:	_____
ชื่อ 6:	_____	ความสัมพันธ์:	_____
ที่อยู่:	_____		
หิมโพน	_____	Wk Phone	_____
		อีเมล:	_____
ชื่อ 7:	_____	ความสัมพันธ์:	_____
ที่อยู่:	_____		
หิมโพน	_____	Wk Phone	_____
		อีเมล:	_____
ชื่อ 8:	_____	ความสัมพันธ์:	_____
ที่อยู่:	_____		
หิมโพน	_____	Wk Phone	_____
		อีเมล:	_____

ติดต่อมืออาชีพ

หมอ: \_\_\_\_\_ เว็บไซต์: \_\_\_\_\_

ที่อยู่: \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์ \_\_\_\_\_ หมายเลขแฟกซ์ \_\_\_\_\_ อีเมล: \_\_\_\_\_

พระสงฆ์: \_\_\_\_\_ เว็บไซต์: \_\_\_\_\_

ที่อยู่: \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์ \_\_\_\_\_ หมายเลขแฟกซ์ \_\_\_\_\_ อีเมล: \_\_\_\_\_

อัยการ: \_\_\_\_\_ เว็บไซต์: \_\_\_\_\_

ที่อยู่: \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์ \_\_\_\_\_ หมายเลขแฟกซ์ \_\_\_\_\_ อีเมล: \_\_\_\_\_

นายหน้า: \_\_\_\_\_ เว็บไซต์: \_\_\_\_\_

ที่อยู่: \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์ \_\_\_\_\_ หมายเลขแฟกซ์ \_\_\_\_\_ อีเมล: \_\_\_\_\_

นักบัญชี: \_\_\_\_\_ เว็บไซต์: \_\_\_\_\_

ที่อยู่: \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์ \_\_\_\_\_ หมายเลขแฟกซ์ \_\_\_\_\_ อีเมล: \_\_\_\_\_

ประกันภัย: \_\_\_\_\_ เว็บไซต์: \_\_\_\_\_

ที่อยู่: \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์ \_\_\_\_\_ หมายเลขแฟกซ์ \_\_\_\_\_ อีเมล: \_\_\_\_\_

นโยบายเลขที่ \_\_\_\_\_ ใบรับรอง เลขที่ \_\_\_\_\_ ติดต่อ: \_\_\_\_\_

หมายเหตุ: \_\_\_\_\_

ประกันภัย: \_\_\_\_\_ เว็บไซต์: \_\_\_\_\_

ที่อยู่: \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์ \_\_\_\_\_ หมายเลขแฟกซ์ \_\_\_\_\_ อีเมล: \_\_\_\_\_

นโยบายเลขที่ \_\_\_\_\_ ใบรับรอง เลขที่ \_\_\_\_\_ ติดต่อ: \_\_\_\_\_

หมายเหตุ: \_\_\_\_\_