

ใบสมัคร

สมาชิกห้องออกกำลังกาย

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

วันที่เดือนพ.ศ,

เรื่อง ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกห้องออกกำลังกาย

เรียน เลขาธิการกรม

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

สถานที่ปฏิบัติงาน โทรศัพท์

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด โทรศัพท์

ระเบียบและข้อตกลง

1. แสดงบัตรสมาชิกทุกครั้งที่ใช้บริการ
2. สงวนสิทธิ์เฉพาะบุคลากรกรมวิทย์ฯ สามี/ภรรยา และบุตร เท่านั้นซึ่งต้องมาพร้อมกับบุคลากรกรมวิทย์ฯทุกครั้ง
3. เปิดให้บริการในวันจันทร์ – ศุกร์ ระหว่างเวลา 06.00 – 22.00 น.
4. ต้องสวมชุดออกกำลังกาย และรองเท้ากีฬาเท่านั้น
5. ใช้บริการได้ไม่เกิน 30 นาที ต่อ 1 อุปกรณ์ ต่อ 1 คน
6. ต้องช่วยกันรักษาความสะอาด และดูแลรักษาอุปกรณ์
7. ห้ามนำอาหาร/เครื่องดื่มเข้ามารับประทานภายในห้องออกกำลังกาย
8. ห้ามส่งเสียงดังรบกวนผู้อื่น
9. ไม่อนุญาตให้เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ใช้บริการ
10. สำนักงานเลขานุการกรมไม่รับผิดชอบต่อความเสียหายใดๆ หรือการสูญเสียของทรัพย์สิน หรือสิ่งของใดๆของผู้มาใช้บริการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

ตัวบรรจง