

ใบสมัครเข้าปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน

APPLICATION FOR THE 2ND MEDITATION RETREAT 2011

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

GRADUATE SCHOOL MAHACHULALONGKORNRACHAVIDAYALA UNIVERSITY

ระหว่างวันที่/From เดือน/Month..... ถึงวันที่/To เดือน/Month พ.ศ.๒๕๕๔/BC.2011

(จำนวน/Total วัน/Days)..... To..... Total..... Days ณ/At

ตำบล/Tumbol อำเภอ/Amphur จังหวัด/Province.....

ชื่อ/First Name..... ฉายา/Buddhist Name..... นามสกุล/Last Name.....

เกิดวันที่/Birthdate..... อายุ/Age..... พรรษา/Year of Ordination..... วัน/เดือน/ปีที่อุปสมบท (ระบุ)/Date

of Ordination เลขประจำตัวนิสิตID#..... ชั้นปีที่/Year of School Attended.....

☐ปริญญาโท/Master ☐ปริญญาเอก/Ph.D ☐ประกาศนียบัตรบัณฑิต/Certificate of Completion

สาขาวิชา/Major..... ที่อยู่ปัจจุบัน/Current Address..... ถนน/Road.....

แขวง/ตำบล/Tumbol..... เขต/อำเภอ/Amphur..... จังหวัด/Province.....

รหัสไปรษณีย์/Postal Code..... โทรศัพท์/มือถือ/Mobile..... Email.....

ข้อมูลอื่นที่ผู้เกี่ยวข้องควรทราบ/Other Information

๑. จำนวนวันที่เข้าปฏิบัติ/Days of Retreat ☐ เข้าได้ตลอดทั้งโครงการ/Attend the Whole Retreat ☐ เข้าไม่ได้ตลอด
ทั้งโครงการ/Unable to Attend the Whole Retreat โดยจะเข้าครั้งนี้จำนวน /This retreat for วัน/Days
ระหว่างวันที่ Fromto..... (ไม่รวมวันเดินทางไปกลับ) เนื่องจาก (ระบุเหตุผล) (not including the day of
returning (please specify reason unable to complete the whole retreat).....

๒. การเดินทาง/Transportation ☐ไป-กลับ โดยรถที่มหาวิทยาลัยจัดให้ ☐ ไปโดยรถมหาวิทยาลัย-กลับด้วยตนเอง
Round Trip by School Arrangement Arrive by School – Return by Self
☐ไปด้วยตนเอง-กลับโดยรถมหาวิทยาลัย ☐ ไป-กลับด้วยตนเอง
Arrive by Self – Return by School Round Trip by Self Arrangement

๓. สุขภาพ/Health ☐ ปกติ/normal ☐ มีโรคประจำตัว/congenital disease คือ/(please
specify).....(เฉพาะผู้มีโรคทางจิตประสาทที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน ต้องแจ้งแก่บัณฑิต
วิทยาลัย พร้อมแนบใบรับรองแพทย์โดยด่วน)(Those who have psychological disorders which may obstruct self
meditation practice should inform the school and submit Doctor's Certificate as soon as possible)

๔. กรณีฉุกเฉิน ญาติหรือผู้ที่สามารถติดต่อได้สะดวก คือ ชื่อ/นามสกุล/In case of Emergency Contact.....
โทรศัพท์/Telephone

๕. อาหารที่ขอรับระหว่างปฏิบัติ/Special Meal required

☐อาหารมังสวิรัต/Vegetarian (กรณีมีความจำเป็น/If Only Necessary) ☐ อาหารตามที่ได้จัดให้/As Arranged

ข้าพเจ้าขอสัญญาว่า “จะปฏิบัติตามกฎและระเบียบของโครงการฯ ที่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราช
วิทยาลัย กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด” I hereby agree to follow School's Rules and Regulations firmly as stated.

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร Applicant

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

Date