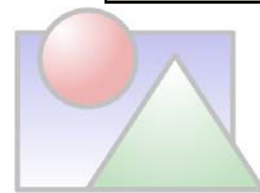


## ใบสมัครการอบรมสมาธิวิปัสสนา หลักสูตร 7 วัน

ระหว่างวันที่ \_\_\_\_\_



วัดป่าดอนหายไศก  
หมู่ 8 บ้านดอนหายไศก  
ตำบลดอนหายไศก  
อำเภอหนองหาน  
จังหวัดอุดรธานี 41130  
โทร-แฟกซ์: 042 236 218  
โทร: 087-598-8690

<http://LuangporDoctor.WordPress.com>

วันที่กรอกใบสมัคร: ชื่อ ที่อยู่ โทรศัพท์บ้าน: โทรศัพท์เคลื่อนที่: วันเดือนปีเกิด: 

สำหรับศิษย์เก่า

ท่านเป็นศิษย์เก่ารุ่นที่ (สำหรับผู้ที่ไม่เคยผ่านการอบรมที่วัดามาก่อน) ท่านเคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติสมาธิวิปัสสนาที่อื่น ๆ หรือไม่  มี  ไม่มี

ถ้ามี โปรดอธิบายวิธีการโดยคร่าว ๆ

 ยิวพุทธฯ โภคธัมมิก บวชชี-พราหมณ์ อื่น ๆ

บุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน

ชื่อ / ความสัมพันธ์ โทรศัพท์: 

ท่านได้อ่านและทำความเข้าใจระเบียบของการปฏิบัติแล้วหรือไม่

 เข้าใจ ไม่เข้าใจ

ท่านยินยอมที่จะปฏิบัติตามระเบียบของการปฏิบัติทุกข้อหรือไม่

 ยินยอม ไม่ยินยอมลงชื่อ: 

ระบุความต้องการอื่นๆ (ถ้ามี):

โปรดระบุถ้าท่านต้องการบริการรถรับจากตัวเมืองอุดร มาที่วัดฯ เวลา

 เวลา 7:00 น. ณ สถานีขนส่ง เวลา 11:00 น. ณ สนามบินอุดรฯ จะเดินทางมาที่วัดฯ ด้วยตนเอง

สำหรับเจ้าหน้าที่

ที่พักเลขที่ อาสนะเลขที่ 

หมายเหตุ: โปรดแจ้งเลขที่พักและที่นั่งให้ผู้ปฏิบัติทราบ