



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ ราชมาร 9 ชั้น 1, 22-27
ถนนพหลโยธิน แขวงสามยุค แขวงสามยุค กรุงเทพมหานคร 10310
ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159 ทะเบียนเลขที่ 0107555000376
www.krungthai-axa.co.th

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับผู้ถือกรมธรรม์

Group Application Form for Policyholder

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.):

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

IMPORTANT NOTICE OF THE OFFICE OF INSURANCE COMMISSIONS (OIC):

The applicant must truthfully answer all questions. Any concealment of the truth may cause an insurance company to refuse a claim payment under the insurance contract in accordance with Section 865 of the Civil and Commercial Code.

กรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกคำถาม ถ้ามีการแก้ไข ชัดว่า ชัดลบ ต้องเซ็นชื่อผู้สมัครเอาประกันภัยกำกับไว้ทุกแห่ง

Please complete all inquiries below. Applicant must validate by signing on all amendments, deletions or emendations.

ชื่อผู้สมัครเอาประกันภัย Applicant's full legal name

(ซึ่งเมื่อบริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตกลงรับประกันภัยแล้วจะเรียกว่า "ผู้ถือกรมธรรม์")

(When Krungthai-AXA Life Insurance Public Company Limited approves an application, the applicant will be called a "Policyholder")

สำนักงานเลขที่ (Office Address) ซอย (Soi) ถนน (Road)

แขวง/ตำบล (Sub district) เขต/อำเภอ (District) จังหวัด (Province)

รหัสไปรษณีย์ (Postcode) โทรศัพท์ (Telephone) โทรสาร (Fax)

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร I.D. Tax number ที่อยู่จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ E-mail address

ลักษณะธุรกิจ Nature of business

สถานที่ในการจัดส่งเอกสาร Contact address ☐ ตามที่อยู่ข้างต้น Office address ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ Other, please specify

สำนักงานเลขที่ (Office Address) ซอย (Soi) ถนน (Road)

แขวง/ตำบล (Sub district) เขต/อำเภอ (District) จังหวัด (Province)

รหัสไปรษณีย์ (Postcode) โทรศัพท์ (Telephone) โทรสาร (Fax)

มีความประสงค์ขอสมัครทำประกันภัยกลุ่มกับบริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

would like to apply for a group insurance with Krungthai-AXA Life Insurance Public Company Limited.

ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "บริษัท" โดยให้เริ่มมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ ตามแผนการประกันภัยดังต่อไปนี้

hereinafter called "The Company", with effect from pursuant to the details of the following insurance plan:

1. มีความประสงค์จะให้บริษัทในเครือเข้าร่วมการประกันภัยกลุ่มหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ดังรายละเอียดต่อไปนี้
- Do you want to include the subsidiary company in this group insurance? ☐ No ☐ Yes, the details are as follows

ชื่อบริษัท/Company name	ที่อยู่ / โทรศัพท์ Address / Telephone	ประเภทธุรกิจ Nature of business

2. สมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วม หมายถึงสมาชิกผู้ซึ่งมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ในข้อนี้ และตามที่ระบุในข้อ 3 ดังต่อไปนี้

An eligible member means the member who has the qualification as mentioned in clause 3 and specified in this clause, as follows:

(ซึ่งเมื่อบริษัทตกลงรับประกันภัยแล้วจะเรียกว่า "ผู้เอาประกันภัย")

(When the Company approves an application, an eligible member will be called the "Insured".)

3. สมาชิกจะมีสิทธิเข้าร่วมการประกันภัย ต่อเมื่อได้ผ่านระยะเวลาอคอย

Members will be entitled to enroll the group insurance after a waiting period (probation period) of

4. ประเภทและแผนการประกันภัยของสมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วม Types and insurance plan (s) of the eligible members

4.1 แผนการประกันภัยของสมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วม Insurance plan (s) of the eligible members

4.2 ตารางผลประโยชน์ของแผนการประกันภัย Table of benefits of insurance plan (s)

ผลประโยชน์การประกันภัย (เป็นเงินบาท) Insurance benefits (in Baht)	แผน 1 Plan 1	แผน 2 Plan 2	แผน..... Plan.....	แผน..... Plan.....

การเปลี่ยนแปลงประเภทและแผนการประกันภัยในข้อ 4 บริษัทต้องได้รับเอกสารแจ้งถึงการเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรและบริษัทได้เห็นชอบถึงการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแล้ว

In case of any amendment on the aforementioned type and insurance plan as stated in Clause 4, the Company must receive such request in writing and agree on the amendment.

5. งวดการชำระเบี้ยประกันภัย Mode of premium payment

- ☐ รายปี Annual
 ☐ ราย 6 เดือน Semi-annual
☐ ราย 3 เดือน Quarterly
 ☐ รายเดือน Monthly

6. ผู้สมัครเอาประกันภัย มี หรือเคยมี กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่

Has the applicant had or ever had a group insurance policy with other insurance companies?

- ☐ ไม่มี No
 ☐ มี หรือเคยมี Yes

ถ้ามี หรือเคยมี โปรดระบุ If 'Yes', please provide details.

เคยทำประกันภัยกับบริษัท วันสิ้นสุดกรมธรรม์
 Previously insurance Policy expiry date

7. ผู้รับประโยชน์ Beneficiary

- ☐ ผู้สมัครเอาประกันภัย หรือบริษัทในเครือแล้วแต่กรณี ว่าสมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วมอยู่ภายใต้บริษัทในเครือบริษัทใด
 ถึงแม้ว่าสมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วมจะมีการระบุผู้รับประโยชน์ที่ขัดแย้งกับที่ผู้สมัครเอาประกันภัยระบุไว้ก็ตาม ทั้งนี้ผู้สมัครเอาประกันภัย
 หรือบริษัทในเครือนั้น ๆ จะดำเนินการจ่ายเงินสินไหมทดแทนตามภาระหนี้สินที่สมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วมค้างชำระ (ถ้ามี) หากมีเงินเหลือ
 จากการชำระหนี้ ให้ผู้สมัครเอาประกันภัยหรือบริษัทในเครือแล้วแต่กรณีจ่ายให้กับผู้มีสิทธิได้รับตามกฎหมายของสมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วมต่อไป
 การจ่ายจำนวนเงินใด ๆ ตามที่ระบุไว้ในเงื่อนไขข้างต้น ให้ถือว่าเป็นการปลดภาระผูกพันของบริษัทตามกฎหมาย และปลดเปลื้องบริษัท
 จากการถูกฟ้องร้องและการเรียกร้องใด ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งสิ้น

Applicant or the subsidiary company upon case that such eligible member(s) is (are) under which subsidiary company.

It is the responsibility of the applicant or the subsidiary company to pay the claim according to the liabilities that the eligible member owes (if any). If there is money left over from the debt repayment, the applicant or subsidiary company, upon case, will proceed to pay to the beneficiary designated by the eligible member. Payment of any amount as stated in the previous condition shall rid the company of a legal obligation and relieve the company from any legal charge or related claim.

- ☐ ตามที่สมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วมมีการระบุผู้รับประโยชน์ไว้เป็นลายลักษณ์อักษรให้แก่บริษัท

As the eligible member stated the beneficiary in written to the Company

8. ระบุตำแหน่ง ฝ่ายที่สังกัด และที่อยู่จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ของบุคคลผู้รับมอบอำนาจกระทำการในการลงนามเอกสารการเปลี่ยนแปลงข้อมูลสมาชิก ความคุ้มครองกรมธรรม์ ตอบรับข้อเสนอใหม่ในการรับประกันภัยสมาชิก และแจ้งต่ออายุ (ถ้ามี)

Specify the position, department and E-mail address of the authorized person (s) who will sign on the document regarding the change of the member information, the insurance coverage, the acceptant of new proposal for the new insurance application and renewal (If any)

9. ข้อตกลงหรือเงื่อนไขอื่นๆ เพิ่มเติม (ถ้ามี) Any additional agreement or condition (If any)

10. การขอรับบริการการออกบัตรประกันสุขภาพกลุ่ม และหรือการจ่ายเงินสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์

Requests for the issuance of group health card and/or claim payment according to the policy

- 10.1 การขอรับบริการการออกบัตรประกันสุขภาพกลุ่ม ☐ ไม่ต้องการ ☐ บัตรอิเล็กทรอนิกส์ ☐ บัตรพลาสติก

Request for the issuance of group health card No Electronic Card Plastic card

- 10.2 การจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีที่เป็นการเบิกจ่าย (reimbursement) และหรือการจ่ายเงินสินไหมทดแทนใดกรณีให้ผู้เอาประกันยังมีชีวิตอยู่ (เช่น กรณีทุพพลภาพ อุบัติเหตุ โรคร้ายแรง เป็นต้น) ให้จ่ายแก่

Payments of the medical expense in case of reimbursement, and/or other living benefit (e.g. TPD, Accident, CI) please pay to

- ☐ ผู้สมัครเอาประกันภัย หรือบริษัทในเครือนั้น ๆ ในกรณีโอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร (Media Clearing) ให้โอนเงินแก่

Applicant or the subsidiary company, in case of the transfer of payment thru media clearing, please transfer to

ธนาคาร Bank สาขา Branch หมายเลขบัญชี Account No

- ☐ สมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วม ในกรณีโอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร (Media Clearing) ให้ยึดตามข้อมูลที่ให้ไว้แก่บริษัท

Eligible member, in case of the transfer of payment thru media clearing, please use the information provided for the Company.

ผู้สมัครเอาประกันภัย ตกลงและยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขต่อบริษัทดังต่อไปนี้ Applicant agrees and complies with the following conditions:

1. ให้รายละเอียดที่เป็นจริงเกี่ยวกับ ชื่อ อายุ เพศ ตำแหน่ง และหรือข้อมูลอื่นใดทั้งหมดของสมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วม และหรือของผู้ที่อยู่ในอุปการะของสมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วมแผนการประกันภัยนี้ตามที่บริษัทต้องการ

Shall provide all precise information regarding age, gender, position any information of the eligible member and/or his or her dependent as required by the Company

2. ดูแลการกรอกรายละเอียดต่าง ๆ ของสมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วมแต่ละรายในใบคำขอเอาประกันชีวิต และสุขภาพพนักงาน สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัยให้เรียบร้อย รวมทั้งรวบรวมรายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์ของสมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วมแต่ละรายด้วย และจัดส่งมอบให้กับบริษัท

Shall oversee all details of each eligible member stated in the group application form for eligible member and collect all details of the beneficiary of each eligible member and deliver them to the Company.

3. ถ้อยแถลง ข้อความ และหรือคำตอบใด ๆ ในใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับผู้ถือกรมธรรม์ และใบคำขอเอาประกันชีวิต และสุขภาพพนักงาน สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัยแต่ละราย หรือถ้อยแถลงเพิ่มเติมอื่นใดเป็นลายลักษณ์อักษรที่ทำขึ้นอันเกี่ยวเนื่องกับใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มนี้ และข้อความ และคำตอบที่ให้แก่แพทย์ผู้ตรวจสอบสุขภาพทั้งหมดนี้เป็นส่วนหนึ่งของใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มโดยสมบูรณ์ และก่อให้เกิดพันธผูกพันกันในทางกฎหมายระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยกับสมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วมและบริษัท

All statements, information and answers under the group application form for the policyholder or the group application for eligible member, or other additional documents relating to this group application and any information or answers made to the physician, shall be part of the group application completely and create the legal obligations between the applicant, the eligible members and the Company.

4. ภายหลังจากวันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ ผู้ถือกรมธรรม์ต้องรีบแจ้งให้บริษัททราบเป็นลายลักษณ์อักษรโดยมิชักช้าเมื่อมีผู้เอาประกันภัยเพิ่ม หรือลด หรือเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัย หรือบอกเลิกสิทธิการเป็นผู้เอาประกันภัยของผู้เอาประกันภัยรายใดในระหว่างปีกรมธรรม์ ทั้งนี้การเพิ่มผู้เอาประกันภัย และการเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัยใดๆ ของผู้เอาประกันภัยขึ้นอยู่กับหลักฐานที่บริษัทสามารถรับประกันภัยได้

After this policy is enforceable, the policyholder shall inform the Company in writing without delay whenever the numbers of insured are increased or decreased, or the sum assured is changed, or the right of insured is cancelled during the policy year.

The increase in the numbers of insured, or the change of sum assured of the insured depends on the evidence that the Company can insure.

5. กรมธรรม์ประกันภัยจะมีผลบังคับต่อเมื่อบริษัทได้รับชำระเบี้ยประกันภัยงวดแรกเต็มจำนวนแล้ว และบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยเรียบร้อยแล้ว ในกรณีที่ผู้สมัครเอาประกันภัยและหรือสมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วมแถลงข้อความอันเป็นเท็จ หรือรู้อยู่แล้วจะเว้นไม่เปิดเผยข้อความจริงซึ่งอาจจะจูงใจให้บริษัทให้เรียกเบี้ยประกันภัยสูงขึ้น หรือให้บริษัทบอกปิดไม่เข้าทำสัญญาประกันภัยหรือปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่สมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วมรายบุคคลโดยเหตุดังกล่าวทำให้สัญญาประกันภัยเป็นโมฆียะตามมาตรา 865 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกกล่าวสัญญาประกันภัยหรือปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่สมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วมรายบุคคลที่ได้ทำไปแล้วได้

The policy shall be enforced when the Company has fully received the first premium installment and agreed to accept this group insurance. In case the applicant and/or the eligible member declare(s) the fault statement or know the omission of fact which would have induced the insurer to raise the premium or refuse to make the insurance contract or refuse the insurance of that eligible member. As the result of those reasons, the insurance contract is voidable under Section 865 under the Civil and Commercial Code, and the Company able to void the insurance contract or deny the coverage of that eligible member.

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยสำหรับผู้สมัครเอาประกันภัย และการให้ความยินยอม

Confirmation on declarations or answers provided in the application of the applicant and consent

1. ผู้สมัครเอาประกันภัย ขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ เป็นความจริงทุกประการ ซึ่งผู้สมัครเอาประกันภัย เข้าใจดีว่า หากผู้สมัครเอาประกันภัย ไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

The applicant hereby confirms that every answer in this application is true. The applicant understands that if the applicant does not declare the truth, the Company may decline the application and policy payment.

2. เมื่อผู้สมัครเอาประกันภัย เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของผู้สมัครเอาประกันภัย ให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

When the applicant discloses personal information of other person apart from the applicant's information to the Company in purpose of insurance application, underwriting or policy payment

- (1) ผู้สมัครเอาประกันภัย รับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่น ที่ผู้สมัครเอาประกันภัย ให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)

The applicant confirms and guarantees that the applicant has verified the accuracy and completeness of other person's personal information that the applicant provides to the Company, and will notify the Company of any changes in other person's personal information provided (if any)

- (2) ผู้สมัครเอาประกันภัย รับรองและรับประกันว่าผู้สมัครเอาประกันภัย ได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ

The applicant confirms and guarantees that the applicant has consented or be able to rely on other legal bases for collection, use, disclose and/or transfer that other person's personal information in accordance with applicable law.

- (3) ผู้สมัครเอาประกันภัย รับรองและรับประกันว่าผู้สมัครเอาประกันภัย ได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว <https://www.krungthai-axa.co.th/th/Privacy-Policy> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการทำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

The applicant confirms and guarantees that the applicant has informed the Company's personal data protection policy to hat other person <https://www.krungthai-axa.co.th/th/Privacy-Policy> , which informs the purpose of collecting, using, disclosure and/or transferring personal information to Office of Insurance Commission (OIC) for purpose of regulating and promoting the insurance business according to the act of life insurance and the act of regulating and promoting the insurance business, which OIC will collect, use, disclose and/or transfer other person's personal information in accordance with OIC's personal data protection policy as shown in website www.oic.or.th

- (4) ผู้สมัครเอาประกันภัย รับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

The applicant confirms and guarantees that the Company and Office of Insurance Commission able to collect, use, disclose and/or transfer that other person's personal information in accordance with the relevant objectives specified in personal data protection policy of the Company and Office of Insurance Commission, which may be revised from time to time, including all objectives specified in this document and related to insurance application.

คำเตือน Warning

1. ก่อนลงลายมือชื่อให้ผู้สมัครเอาประกันภัย กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
Before signing, please check the correctness of every answer again for the completion of the insurance contract.
2. ผู้สมัครเอาประกันภัย ได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท
และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

The applicant has read and agrees with the contents in this document, including acknowledge the personal data protection act of the Company and OIC, then signing as below.

ทำ ณ Signed at วันที่ Date เดือน Month พ.ศ. Year

ผู้สมัครเอาประกันภัย Applicant

ลงชื่อ
Signed
()
ตำแหน่ง Position
กรรมการผู้มีอำนาจ/ผู้รับมอบอำนาจ
Authorized Director/Authorized Representative

ผู้สมัครเอาประกันภัย Applicant

ลงชื่อ
Signed
()
ตำแหน่ง Position
กรรมการผู้มีอำนาจ/ผู้รับมอบอำนาจ
Authorized Director/Authorized Representative

ลงชื่อ
Signed
()
พยาน/ตัวแทน Witness / Agent

ลงชื่อ
Signed
()
พยาน/ตัวแทน Witness / Agent

ชื่อนิติบุคคลของผู้ถือกรมธรรม์
(Corporate Name of the Policyholder)



ประทับตราสำคัญของบริษัท
(Company's seal)

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทกรอกข้อมูล For KTA Only

ตัวแทน / นายหน้า		ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มเลขที่	
Agent / Broker		Master application number	
เลขที่ใบอนุญาต		รหัสตัวแทน / นายหน้าเลขที่	
License number		กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่	
	Agent number / Broker number	Policy number	
ชื่อหน่วย		หน่วย	
Unit name		Unit	
	ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ (Officer signature)		