

## ใบสมัครเข้าร่วมโครงการประกวดการสร้างสรรค์ผลงานศิลปะ

BCM Young Artists 2026

“โรงพยาบาลมหัศจรรย์ในจินตนาการ”

(The Magical Hospital of Imagination)

### ข้อมูลผู้สมัคร (Applicant Information)

ชื่อ (First Name): \_\_\_\_\_ นามสกุล (Last Name): \_\_\_\_\_

ชื่อเล่น (Nickname) \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปีเกิด (Date of Birth): \_\_\_\_\_

#### กลุ่มการประกวด (Competition Category)

Early Childhood อายุ 4–6 ปี (Years Old)

Junior อายุ 7–10 ปี (Years Old)

Senior อายุ 11–18 ปี (Years Old)

#### รายละเอียดผลงาน (Artwork Information)

ชื่อผลงาน (ภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ) (Artwork Title in Thai or in English):

\_\_\_\_\_

### ข้อมูลผู้ปกครอง (Parent / Guardian Information)

ชื่อ-นามสกุลผู้ปกครอง (Parent / Guardian Name): \_\_\_\_\_

เบอร์โทรศัพท์ (Phone Number): \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

วันที่สมัคร ...../...../ 2026

วันที่รับภาพ ...../...../ 2026

\* กำหนดส่งผลงานภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2569 ณ แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกรุงเทพเชียงใหม่

ผลงานที่ส่งเข้าประกวดถือเป็นลิขสิทธิ์ของ บริษัท โรงพยาบาลกรุงเทพเชียงใหม่ จำกัด

## การให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลของผู้สมัคร

### โครงการสร้างสรรค์ผลงานศิลปะ BCM Young Artists 2026

“โรงพยาบาลมหัศจรรย์ในจินตนาการ” (The Magical Hospital of Imagination) ในการกรอกแบบฟอร์มใบสมัคร

เพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ข้าพเจ้าขอให้ความยินยอม บริษัท โรงพยาบาลกรุงเทพเชียงใหม่ จำกัด ในการเก็บรวบรวม ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตามรายการข้างต้น ที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ในขณะที่สมัครเข้าร่วมโครงการสร้างสรรค์ผลงานศิลปะ BCM Young Artists 2026 “โรงพยาบาลมหัศจรรย์ในจินตนาการ” และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลอันได้แก่ ชื่อ นามสกุล ชื่อเล่น อายุ ของข้าพเจ้า เพื่อการประชาสัมพันธ์ของบริษัทฯ ทางสื่อสาธารณะหรือสื่อออนไลน์

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ให้ไว้ต่อ บริษัท โรงพยาบาลกรุงเทพเชียงใหม่ จำกัด เป็นข้อมูลที่ต้องแท้จริงและได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองของข้าพเจ้าแล้ว

ยินยอม

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร  
(.....)

(หากท่านประสงค์จะเพิกถอนความยินยอมที่ได้ให้ไว้นี้ ท่านสามารถแจ้งบริษัทฯ ได้ที่ [chiangmai@bangkokhospital.com](mailto:chiangmai@bangkokhospital.com))

### ความยินยอมของผู้ปกครอง กรณีผู้สมัครอายุไม่เกิน 18 ปี

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว (ชื่อบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง)

รับทราบการสมัครเข้าร่วมโครงการสร้างสรรค์ผลงานศิลปะ BCM Young Artists 2026 “โรงพยาบาลมหัศจรรย์ในจินตนาการ” ของ

(ชื่อผู้เยาว์) .....

และให้ความยินยอมในการเก็บ ใช้ เปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เยาว์แก่ บริษัท โรงพยาบาลกรุงเทพเชียงใหม่ จำกัด เพื่อการดำเนินการดังกล่าวข้างต้น

ยินยอม (Consent)       ไม่ยินยอม (Do Not Consent)

ลงชื่อ ..... (บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง)  
(.....)