

แบบบันทึกการทดสอบสมรรถภาพร่างกาย

กองบังคับการสนับสนุนทางอากาศ กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน

ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ยศ ชื่อ ชื่อสกุล.....อายุ.....ปี เพศ..... ความดันโลหิต (BP).....

วันทำการทดสอบ...../...../..... ตำแหน่ง..... สังกัด.....

ลำดับ	รายการ	เพศ	เกณฑ์ผ่านของแต่ละช่วงอายุ (ปี)								ทำได้ (ครั้ง)	คะแนน	ลายมือชื่อกรรมการทดสอบ
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			๑๗-๒๑	๒๒-๒๖	๒๗-๓๑	๓๒-๓๖	๓๗-๔๑	๔๒-๔๖	๔๗-๕๑	๕๒ ปีขึ้นไป			
๑	ดันพื้น (ครึ่ง)	ช	๓๐	๓๐	๒๘	๒๓	๒๒	๑๘	๑๗	๑๓			
		ญ	๑๑	๑๑	๑๐	๙	๘	๗	๗	๗			
๒	ลุกนั่ง (๒นาที)	ช	๓๗	๓๗	๓๒	๒๘	๒๕	๒๔	๒๒	๒๑			
		ญ	๓๕	๓๕	๓๐	๒๕	๒๕	๒๒	๑๙	๑๗			
๓	วิ่ง ๒ กม. (นาที)	ช	๑๑.๒๕	๑๑.๒๕	๑๑.๕๕	๑๒.๒๕	๑๓.๐๐	๑๓.๓๕	๑๔.๑๐	๑๔.๔๕			
		ญ	๑๓.๒๕	๑๓.๒๕	๑๓.๕๕	๑๔.๒๕	๑๕.๑๕	๑๕.๔๕	๑๖.๑๐	๑๖.๕๐			

คะแนนรวม.....คะแนน

ขอรับรองว่าได้เข้าทำการทดสอบจริง

(ลงชื่อ).....ประจำกรมการ ผ่าน

(ตำแหน่ง)..... ไม่ผ่าน

หมายเหตุ โปรดทำเครื่องหมาย (/) ใน ให้ตรงกับเกณฑ์อายุของผู้ทำการทดสอบ