



**ใบสมัครเข้ารับการอบรม**

(โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ด้วยตัวบรรจง และส่งทางโทรสารหมายเลข 0 2503 3558 หรือ E-mail: oce\_03@hotmail.com)

หลักสูตร \_\_\_\_\_

รุ่นที่ \_\_\_\_\_ อบรมวันที่ \_\_\_\_\_

ข้อมูลผู้สมัคร ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_

หน่วยงานที่สังกัด  ราชการ  รัฐวิสาหกิจ  องค์การมหาชน  หน่วยงานอิสระตามรัฐธรรมนูญ  เอกชน  
 องค์การภาคประชาสังคม  ส่วนตัว  อื่นๆ (ระบุ) \_\_\_\_\_

ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ อาหาร  ปกติ  อิสลาม  มังสวิรัติ  อื่นๆ (ระบุ) \_\_\_\_\_

สถานที่ทำงาน (กรณีทำธุรกิจส่วนตัว กรุณาใส่ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก)

ชื่อหน่วยงาน \_\_\_\_\_

เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ อาคาร \_\_\_\_\_

ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_

ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_

จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ โทรสาร \_\_\_\_\_

โทรศัพท์มือถือ \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

LINE ID : \_\_\_\_\_ Facebook : \_\_\_\_\_

ข้อมูลที่ต้องการให้ระบุในใบเสร็จรับเงิน (โปรดระบุโดยละเอียด)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ลงชื่อผู้สมัคร

( \_\_\_\_\_ )

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

**เฉพาะเจ้าหน้าที่**

**ชำระค่าลงทะเบียนโดย**

- โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชีมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
 เลขที่บัญชี 147-1-03636-7 ธนาคารกรุงไทย สาขาเมืองทองธานี  
 วันที่ ..... จำนวนเงิน .....บาท
- เงินสด.....บาท

**ใบเสร็จรับเงิน**

เลขที่ .....  
 เล่มที่ .....  
 ลงวันที่ ...../...../.....  
 เจ้าหน้าที่ผู้รับเงิน .....