



ใบสมัครเข้ารับการอบรม

(โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ด้วยตัวบรรจงแล้วส่งทางโทรสารหมายเลข 0 2503 3558 หรือ E-mail: oce_03@hotmail.com)

หลักสูตร _____

รุ่นที่ _____ อบรมวันที่ _____

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) _____ นามสกุล _____

อาชีพ ราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน อื่นๆ (ระบุ) _____ตำแหน่ง _____ ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม

สถานที่ทำงาน

(กรณีทำธุรกิจส่วนตัว กรุณาใส่ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก)

ชื่อหน่วยงาน _____

เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ อาคาร _____

ซอย _____ ถนน _____

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ □□□□□□

โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____

โทรศัพท์มือถือ _____ E-mail: _____

ข้อมูลที่ต้องการให้ระบุในใบเสร็จรับเงิน

(เพื่อความสะดวกในการเบิกจ่ายของผู้เข้ารับการอบรม)

 ชื่อ-นามสกุลเท่านั้น ชื่อ-นามสกุล / ชื่อหน่วยงานพร้อมที่ตั้งตามใบสมัคร ชื่อหน่วยงานพร้อมที่ตั้งตามใบสมัครเท่านั้น อื่นๆ(ระบุ) _____

ลงชื่อผู้สมัคร

(_____)

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

เฉพาะเจ้าหน้าที่

ชำระค่าลงทะเบียนโดย

- โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชีมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
เลขที่บัญชี 147-1-03636-7 ธนาคารกรุงไทย สาขาเมืองทองธานี
วันที่ จำนวนเงินบาท

 เงินสด.....บาท

ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่.....เล่มที่.....

ลงวันที่/...../.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับเงิน

.....