



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 : _____

ข้อมูลที่ต้องการให้ระบุในใบเสร็จรับเงิน (โปรดระบุโดยละเอียด)

ลงชื่อผู้สมัคร

(_____)

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

เฉพาะเจ้าหน้าที่

ชำระค่าลงทะเบียนโดย

- โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชีมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
เลขที่บัญชี 147-0-24140-4 ธนาคารกรุงไทย สาขาเมืองทองธานี
วันที่ จำนวนเงินบาท
- เงินสด.....บาท

ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่

เล่มที่

ลงวันที่/...../.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับเงิน