

ใบสมัครเข้าร่วมการอบรม

“การบังคับใช้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ ในการจัดการเหตุรำคาญอย่างมีประสิทธิภาพ”

สังกัด/เทศบาล.....อบต.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์สำนักงาน..... โทรสาร.....

ขอส่งบุคลากรเข้าร่วมการอบรมตามโครงการดังกล่าว ดังนี้
(กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจงเพื่อการออกใบเสร็จและใบประกาศ)

๑.ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์มือถือ.....ID Line:.....รุ่นที่.....

๒.ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์มือถือ.....ID Line:.....รุ่นที่.....

๓.ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์มือถือ.....ID Line:.....รุ่นที่.....

๔.ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์มือถือ.....ID Line:.....รุ่นที่.....

- ☐ รุ่นที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๖ ณ โรงแรมเอสดี อเวนิว ถ.บรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร
- ☐ รุ่นที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒๕ - ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๖ ณ โรงแรมเมธาวลัย ชะอำ ถ.ร่วมจิตต์ อ.ชะอำ จ.เพชรบุรี
- ☐ รุ่นที่ ๓ ระหว่างวันที่ ๑๕ - ๑๗ กันยายน ๒๕๖๖ ณ โรงแรมเดอะ กรีนเนอร์ รีสอร์ท เขาใหญ่ จ.นครราชสีมา
- อาหาร ☐ อาหารมุสลิม ☐ อาหารมังสวิรัต ☐ อาหารทั่วไป



(ลงชื่อ).....ผู้มีอำนาจอนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....

เมื่อสมัครแล้วกรุณาโอนเงินค่าลงทะเบียน จำนวน ๓,๙๐๐ บาท ที่ธนาคารกรุงศรีอยุธยา
สาขามหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ชื่อบัญชี โครงการฝึกอบรมสาขาพัฒนาสังคม ประเภทบัญชี ออมทรัพย์
บัญชีเลขที่ ๓๗๔-๑-๕๕๒๑๒-๔ เมื่อโอนเงินค่าลงทะเบียนแล้ว กรุณาส่งหลักฐานการโอนเงินมาทางไอดีไลน์
(ID line) @sd-training หรือทาง E-Mail : ann_ant12@hotmail.com พร้อมระบุชื่อผู้สมัคร เบอร์โทรศัพท์
และสังกัด อบต. หรือ เทศบาล ลงในใบโอนเงิน(ใบ pay-in)

ติดต่อสอบถามโทร.คุณวิมล-๒๙๒-๐๘๘๐, คุณแอน ๐๘๖-๘๐๓-๔๘๐๓, คุณป๊อป๐๙๕-๙๔๗-๓๒๒๗