สำนักการศึกษาต่อเนื่อง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
โทรศัพท์ 0 2504 7715, 7717, 08 7100 1800
e-mail: oce.training@stou.ac.th Website: https://oce.stou.ac.th

ลำดับที่ .....

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

(โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ด้วยตัวบรรจง และส่งทาง e-mail: oce.training@stou.ac.th)

หลักสูตร _____

รุ่นที่ _____ อบรมวันที่ _____

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)_____ **นามสกุล** _____

หน่วยงานที่สังกัด ❍ ราชการ ❍ รัฐวิสาหกิจ ❍ องค์การมหาชน ❍ หน่วยงานอิสระตามรัฐธรรมนูญ ❍ เอกชน
❍ องค์การภาคประชาสังคม ❍ ส่วนตัว ❍ อื่น ๆ (ระบุ)_____

ตำแหน่ง _____ **อาหาร** ❍ ปกติ ❍ อิสลาม ❍ มังสวิรัติ ❍ อื่น ๆ (ระบุ)_____

สถานที่ทำงาน

(กรณีทำธุรกิจส่วนตัว กรุณาใส่ที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก)

ชื่อหน่วยงาน _____

เลขที่ _____ **หมู่ที่** _____ **อาคาร** _____

ซอย _____ **ถนน** _____

ตำบล/แขวง _____ **อำเภอ/เขต** _____

จังหวัด _____ **รหัสไปรษณีย์**_____

โทรศัพท์ _____ **โทรสาร** _____

โทรศัพท์มือถือ _____ **e-mail :** _____

ข้อมูลที่ต้องการให้ระบุในใบเสร็จรับเงิน (โปรดระบุโดยละเอียด)

_____

_____

❍ สามารถออกใบเสร็จได้เลยหลังจากได้รับหลักฐานการชำระค่าลงทะเบียน ❍ ให้ออกใบเสร็จในวันที่อบรมวันแรก

ลงชื่อผู้สมัคร

(_____)

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

เฉพาะเจ้าหน้าที่

ชำระค่าลงทะเบียนโดย	**ใบเสร็จรับเงิน**
❍ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชีมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่บัญชี **147-0-24140-4** ธนาคารกรุงไทย สาขาเมืองทองธานี วันที่ ..... จำนวนเงิน .....บาท ❍ เงินสด.....บาท	**เลขที่** ..... **ลงวันที่** ...../...../..... **เจ้าหน้าที่ผู้รับเงิน** .....