

ใบสมัครเข้าร่วมการอบรม
หลักสูตร "ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสหกรณ์"
ณ ห้องประชุมสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด



(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....เลขสมาชิก.....หน่วย.....
โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....e-mail.....
มีความประสงค์ขอสมัครเข้าร่วมการฝึกอบรม หลักสูตร ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสหกรณ์

- ครั้งที่ 1 วันที่ 13 มกราคม 2560 เวลา 13.00 - 16.00 น.
- ครั้งที่ 2 วันที่ 10 มีนาคม 2560 เวลา 13.00 - 16.00 น.
- ครั้งที่ 3 วันที่ 9 มิถุนายน 2560 เวลา 13.00 - 16.00 น.
- ครั้งที่ 4 วันที่ 18 สิงหาคม 2560 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุมสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ และ
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าสามารถเข้าร่วมการอบรมได้ตลอดหลักสูตร

(ลงชื่อ) ผู้สมัคร.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ

* กรุณากรอกรายละเอียดและส่งกลับมายังสหกรณ์ โทรสาร. โทร. 044-519239 , 044-538854 ต่อ 14 หรือสอบถาม
ข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ฝ่ายอำนวยการ โทร. 044-519239 , 044-538854 ต่อ 16 , 11