**สำนักการศึกษาต่อเนื่อง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช**

**ลำดับที่ ………..**

 **โทรศัพท์ 0 2504 7715-18 , 08 7100 1800 โทรสาร 0 2503 3558**

 **E-mail:** **oce\_03@hotmail.com** **Website:** [**www.stou.ac.th**](http://www.stou.ac.th)

**ใบสมัครเข้ารับการอบรม**

***(โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ด้วยตัวบรรจง และส่งทางโทรสารหมายเลข 0 2503 3558 หรือ E-mail: oce\_03@hotmail.com)***

 **หลักสูตร**

 **รุ่นที่ อบรมวันที่**

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

**ข้อมูลผู้สมัคร**

**หน่วยงานที่สังกัด** 🔾 ราชการ 🔾 รัฐวิสาหกิจ 🔾 องค์การมหาชน 🔾 หน่วยงานอิสระตามรัฐธรรมนูญ 🔾 เอกชน

 🔾 องค์การภาคประชาสังคม 🔾 ส่วนตัว 🔾 อื่นๆ (ระบุ)

**ตำแหน่ง**  **อาหาร** 🔾 ปกติ 🔾 อิสลาม 🔾 มังสวิรัติ 🔾 อื่นๆ (ระบุ)

 (กรณีทำธุรกิจส่วนตัว กรุณาใส่ที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก)

**สถานที่ทำงาน**

**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 ....................................... จำนวนเงิน .......................บาท 🔾 เงินสด.............................................บาท | **ใบเสร็จรับเงิน****เลขที่ .................................................** **ลงวันที่ ............/............../.................****เจ้าหน้าที่ผู้รับเงิน ....................................** |