



สำนักการศึกษาต่อเนื่อง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

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

E-mail: oce_03@hotmail.com Website: www.stou.ac.th

ลำดับที่

ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตร e-Training

(โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ด้วยตัวบรรจง และส่งทางโทรสารหมายเลข 0 2503 3558 หรือ E-mail: oce_03@hotmail.com)

หลักสูตร _____

วันที่ _____ อบรมวันที่ _____

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) _____ นามสกุล _____

หน่วยงานที่สังกัด ราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์การมหาชน หน่วยงานอิสระตามรัฐธรรมนูญ เอกชน

องค์การภาคประชาสังคม ส่วนตัว อื่น ๆ (ระบุ) _____

ตำแหน่ง _____

สถานที่ทำงาน

(กรณีทำธุรกิจส่วนตัว กรุณาใส่ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก)

ชื่อหน่วยงาน _____

เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ อาคาร _____

ซอย _____ ถนน _____

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____

โทรศัพท์มือถือ _____ E-mail : _____

ข้อมูลที่ต้องการให้ระบุในใบเสร็จรับเงิน (โปรดระบุโดยละเอียด) หากไม่มีการนำไปเบิกจากต้นสังกัดเลือก “ชื่อ-นามสกุล”

- ชื่อ-นามสกุล
- ชื่อ-นามสกุล ของผู้สมัคร / หน่วยงานและที่ตั้ง ตามที่ได้กรอกข้อมูลไว้เบื้องต้น
- หน่วยงานและที่ตั้ง ตามที่ได้กรอกข้อมูลไว้เบื้องต้น (ชื่อ-นามสกุล ของผู้สมัคร)
- หน่วยงานและที่ตั้ง ตามที่ได้กรอกข้อมูลไว้เบื้องต้น
- อื่น ๆ โปรดระบุ _____

ลงชื่อผู้สมัคร _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

เฉพาะเจ้าหน้าที่

ชำระค่าลงทะเบียนโดย

ใบเสร็จรับเงิน

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

เลขที่

เล่มที่

ลงวันที่/...../.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับเงิน