



สำนักการศึกษาต่อเนื่อง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

โทรศัพท์ 0 2504 7715, 7717 , 08 7100 1800

e-mail : oce.training@stou.ac.th Website : oce.stou.ac.th

ลำดับที่

ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตร e-Training

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

หลักสูตร _____
วันที่ _____ อบรมวันที่ _____

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

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

ตำแหน่ง _____ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน _____

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
<input type="radio"/> โอนเงินเข้าบัญชีชื่อบริษัท ชื่อบัญชีมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่บัญชี 147-0-24140-4 ธนาคารกรุงไทย สาขาเมืองทองธานี วันที่ จำนวนเงินบาท	เลขที่ เล่มที่ ลงวันที่/...../..... เจ้าหน้าที่ผู้รับเงิน
<input type="radio"/> เงินสด.....บาท	