**สำนักการศึกษาต่อเนื่อง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช**

**ลำดับที่ ………..**

 **โทรศัพท์ 0 2504 7715, 7717 , 08 7100 1800**

 **e-mail :** **oce.training@stou.ac.th** **Website :** [**oce.stou.ac.th**](http://www.stou.ac.th)

**ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตร e-Training**

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

 **หลักสูตร**

 **รุ่นที่ อบรมวันที่**

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

**ข้อมูลผู้สมัคร**

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

 🔾 องค์การภาคประชาสังคม 🔾 ส่วนตัว 🔾 อื่นๆ (ระบุ)

**ตำแหน่ง**  **เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน**

 (กรณีทำธุรกิจส่วนตัว กรุณาใส่ที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก)

**สถานที่ทำงาน**

**ชื่อหน่วยงาน**

**เลขที่ หมู่ที่ อาคาร**

**ซอย ถนน**

**ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต**

**จังหวัด รหัสไปรษณีย์**

**โทรศัพท์ โทรสาร**

 **โทรศัพท์มือถือ E-mail :**

**ข้อมูลที่ต้องการให้ระบุในใบเสร็จรับเงิน (โปรดระบุโดยละเอียด) หากไม่มีการนำไปเบิกจากต้นสังกัดเลือก “ชื่อ–นามสกุล”**

**ไ**

**ไ**

 ○ ชื่อ–นามสกุล

 ○ ชื่อ-นามสกุล ของผู้สมัคร / หน่วยงานและที่ตั้ง ตามที่ได้กรอกข้อมูลไว้เบื้องต้น

 ○ หน่วยงานและที่ตั้ง ตามที่ได้กรอกข้อมูลไว้เบื้องต้น (ชื่อ-นามสกุล ของผู้สมัคร)

 ○ หน่วยงานและที่ตั้ง ตามที่ได้กรอกข้อมูลไว้เบื้องต้น

 ○ อื่น ๆ โปรดระบุ

**ลงชื่อผู้สมัคร**

 วันที่ เดือน พ.ศ.

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