**สำนักการศึกษาต่อเนื่อง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช**

**ลำดับที่ ………..**

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

**e-mail :** [**oce.training@stou.ac.th**](mailto:oce_03@hotmail.com) **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 ....................................** |