



ฝ่ายบริหารการฝึกอบรม สำนักการศึกษาต่อเนื่อง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
โทรศัพท์ 0 2504 7716-17 โทรสาร 0 2503 3558
E-mail: oce_03@hotmail.com Website: www.stou.ac.th

ลำดับที่.....

ใบสมัครเข้ารับการอบรม (โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง)

หลักสูตร

รุ่นที่ อบรมวันที่

1. ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล

อาชีพ ☐ รับราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ เอกชน ☐ อื่นๆ (ระบุ)

ตำแหน่ง

ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม

2. สถานที่ทำงาน (กรณีทำธุรกิจส่วนตัว กรุณาใส่ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก)

ชื่อหน่วยงาน

เลขที่ หมู่ที่/อาคาร

ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร

โทรศัพท์มือถือ E-mail:

3. ข้อมูลที่ต้องการให้ระบุในใบเสร็จรับเงิน (เพื่อความสะดวกในการเบิกจ่ายของผู้เข้ารับการอบรม)

.....
.....

ลงชื่อผู้สมัคร

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

เฉพาะเจ้าหน้าที่

เลขประจำตัวผู้สมัครเข้ารับการอบรม

ชำระค่าลงทะเบียนโดย

☐ ธนาณัติเลขที่.....วันที่.....จำนวนเงิน.....บาท

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่บัญชี 147-1-03636-7
ธนาคารกรุงไทย สาขาเมืองทองธานี วันที่.....จำนวนเงิน.....บาท

☐ เงินสด.....บาท

ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่.....เล่มที่.....ลงวันที่...../...../.....เจ้าหน้าที่ผู้รับเงิน.....