

ใบตอบรับการเข้ารับการฝึกอบรม
หลักสูตร “ผู้ตรวจสอบกิจการขั้นพื้นฐาน (หลักสูตร ๑)”
ระหว่างวันที่ ๖-๗ กรกฎาคม ๒๕๖๒
ณ.ห้องประชุมสุพรรณิการ์ โรงแรมสยามแกรนด์ อ.เมือง จ.อุดรธานี

.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า(นาย /นางสาว/นาง).....สมาชิกเลขที่.....

สังกัดหน่วยงาน.....

โทรศัพท์..... E-mail.....

มีความประสงค์ขอสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตร “ผู้ตรวจสอบกิจการขั้นพื้นฐาน”

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ๑. ฟรีค่าลงทะเบียน (สหกรณ์ไม่ได้จ่ายค่าเบี้ยเลี้ยงให้กับสมาชิกที่มาอบรม)

๒. ผู้เข้าอบรมจะได้รับ กระเป๋าใส่เอกสาร และเอกสาร วุฒิบัตร (เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการสมัครรับเลือกตั้งเป็นผู้ตรวจสอบกิจการสหกรณ์)

๓. ส่งใบตอบรับการฝึกอบรมทางโทรสารหมายเลข ๐๔๒-๒๔๙๔๐๗ ต่อ ๑๐๘ ไปยังสหกรณ์ ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด ภายในวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒ ทั้งนี้ขอสงวนสิทธิ์ปิดรับสมัคร หากมีผู้แจ้งความประสงค์เข้ารับการฝึกอบรมครบจำนวน ก่อนวันที่ครบกำหนดส่งใบตอบรับ

๔. เจ้าหน้าที่ประสานงาน นางชญาดา มุลพานิชย์ โทร. ๐๘๙-๙๔๔๒๐๙๐