



สำนักงานการศึกษาต่อเนื่อง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

โทรศัพท์ 0 2504 7715, 7717, 08 7100 1800

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

ลำดับที่

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

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

หลักสูตร _____

รุ่นที่ _____ อบรมวันที่ _____

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) _____ นามสกุล _____

หน่วยงานที่สังกัด ☐ ราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ องค์การมหาชน ☐ หน่วยงานอิสระตามรัฐธรรมนูญ ☐ เอกชน

☐ องค์การภาคประชาสังคม ☐ ส่วนตัว ☐ อื่นๆ (ระบุ) _____

ตำแหน่ง _____ อาหาร ☐ ปกติ ☐ อิสลาม ☐ มังสวิรัติ ☐ อื่นๆ (ระบุ) _____

สถานที่ทำงาน

(กรณีทำธุรกิจส่วนตัว กรุณาใส่ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก)

ชื่อหน่วยงาน _____

เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ อาคาร _____

ซอย _____ ถนน _____

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____

โทรศัพท์มือถือ _____ e-mail : _____

ข้อมูลที่ต้องการให้ระบุในใบเสร็จรับเงิน (โปรดระบุโดยละเอียด)

ลงชื่อผู้สมัคร

(_____)

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

เฉพาะเจ้าหน้าที่

ชำระค่าลงทะเบียนโดย

- ☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชีมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
เลขที่บัญชี 147-0-24140-4 ธนาคารกรุงไทย สาขาเมืองทองธานี
วันที่ จำนวนเงินบาท
- ☐ เงินสด.....บาท

ใบเสร็จรับเงิน

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

เลขที่ อว 0602.08(01)/ว981 • วันที่ 24 เมษายน 2567

เรื่อง ขอเชิญส่งบุคลากรในสังกัดเข้ารับการฝึกอบรม

รายชื่อผู้ลงนาม (หน้าที่ 1/4)

รายชื่อผู้ลงนาม (หน้าที่ 2/4)

รายชื่อผู้ลงนาม (หน้าที่ 3/4)

รายชื่อผู้ลงนาม (หน้าที่ 4/4)