

เอกสารแนบ
1.รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก
1.5 นิ้ว 1 รูป
2.สำเนาบัตรประชาชน



รูปถ่าย
1.5 นิ้ว

ใบสมัคร

หลักสูตร “ ผู้ตรวจสอบกิจการสหกรณ์ขั้นพื้นฐาน รุ่นที่ 1 ”
ระหว่างวันที่ 15 – 16 ตุลาคม 2563

ชื่อ นาย นาง นางสาว..... นามสกุล.....
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่.....ซอย..... ถนน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
วุฒิการศึกษา ปริญญา ตรี โท เอก อื่นๆ โปรดระบุ.....
ปัจจุบันเป็นสมาชิกสหกรณ์..... เลขที่สมาชิก.....

ที่อยู่สหกรณ์ต้นสังกัด (โปรดระบุ)

ชื่อสหกรณ์ต้นสังกัด..... เลขที่.....หมู่.....
ซอย..... ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทร..... โทรสาร..... อีเมล.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่...../...../.....

- หมายเหตุ 1.สมัครภายในวันที่ 30 กันยายน 2563
2.วิธีสมัคร สมัครโดยตรง พร้อมชำระเงิน 500 บาท ณ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสุโขทัยจำกัด ชั้น 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ในเวลาทำการ
3.เอกสารคู่มือประกอบการอบรมดาวน์โหลดได้ที่ www.sktphcoop.com

เฉพาะเจ้าหน้าที่
ตรวจสอบคุณสมบัติ ผ่าน ไม่ผ่าน

** (สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยฟรีค่าสมัคร)**