



แบบตอบรับการเข้าร่วมโครงการฝึกอบรม  
หลักสูตร “ผู้ตรวจสอบกิจการขั้นพื้นฐาน (หลักสูตร 1)  
วันที่ 8 - 9 เดือน เมษายน พ.ศ. 2560  
ณ โรงแรมชัยภูมิ پار্ক ตำบลรอบเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

เรียน ประธานกรรมการสันนิบาตสหกรณ์จังหวัดชัยภูมิ

สหกรณ์.....

มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการฝึกอบรม จำนวน.....คน ดังนี้

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งในสหกรณ์	หมายเลขโทรศัพท์

**ชำระเงินโดยวิธี**

1 โดยการชำระเงินสด หรือเช็คสั่งจ่ายในนาม “สันนิบาตสหกรณ์จังหวัดชัยภูมิ” อาคารสำนักงานสหกรณ์ออมทรัพย์ครูชัยภูมิ จำกัด ในวันลงทะเบียน ณ สถานที่จัดฝึกอบรม

2 โดยการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาศูนย์ราชการจังหวัดชัยภูมิบัญชีเลขที่ 985-4-55450-3 ชื่อบัญชี “สันนิบาตสหกรณ์จังหวัดชัยภูมิ” และกรุณาส่งสำเนาใบโอนเงินไปยัง ฝ่ายอำนวยการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูชัยภูมิ จำกัด ทางโทรสารหมายเลข 044-815234 โดยระบุชื่อให้ชัดเจน

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์ .....