



มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์

อาคารปิยชาติ ชั้น 10 เลขที่ 99 หมู่ 18 ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121

โทรศัพท์ 02-564-4440-79 ต่อ 7425 โทรสาร 02-516-2708, 02-516-2704

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000160861

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

(โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนตัวบรรจง และส่งมาที่ E-mail: pisamai28@gmail.com หรือ usa.p@fph.tu.ac.th)

มือถือ 063-415-3532 คุณพิศมัย, 080-454-6498 คุณอุษา

หลักสูตร _____

รุ่นที่ _____ อบรมวันที่ _____

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) _____ นามสกุล _____

หน่วยงานที่สังกัด ราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์การมหาชน หน่วยงานอิสระตามรัฐธรรมนูญ

เอกชน องค์การภาคประชาสังคม ส่วนตัว อื่นๆ (ระบุ) _____

ตำแหน่ง _____ อาหาร ปกติ อิสลาม มังสวิรัต อื่นๆ (ระบุ) _____

สถานที่ทำงาน

(กรณีทำธุรกิจส่วนตัว กรุณาใส่ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก)

ชื่อหน่วยงาน _____

เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ อาคาร _____

ซอย _____ ถนน _____

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____

โทรศัพท์มือถือ _____ E-mail : _____

LINE ID : _____ Facebook : _____

ข้อมูลที่ต้องการให้ระบุในใบเสร็จรับเงิน (โปรดระบุโดยละเอียด)

ชำระค่าลงทะเบียนโดย

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มธ.

เลขบัญชี 475-0-56198-3 ธนาคารกรุงไทย สาขามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันที่ _____ จำนวนเงิน _____ บาท

เงินสด _____ บาท (โปรดส่งหลักฐานการโอนเงินเพื่อยืนยัน)

ลงชื่อผู้สมัคร

(_____)

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ประทับตรา (ถ้ามี)