



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

NAKHON SI THAMMARAT PUBLIC HEALTH OF SAVING AND CREDIT CO-OPERATIVE, LIMITED.

๖/๙๙-๑๐๐ ถ.พัฒนาการคูขวาง ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช ๘๐๐๐๐ โทร.๐๗๕-๗๗๔๖๗๒, ๐๗๕-๗๗๔๖๗๓
โทรสาร.๐๗๕-๗๗๔๖๗๑ E-mail nhpcoop@hotmail.com

แบบฟอร์มยืนยันการเข้าร่วมโครงการศึกษาดูงาน
ณ สหกรณ์ออมทรัพย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำกัด
ระหว่างวันที่ 10 – 13 พฤษภาคม 2560

ชื่อ-นามสกุล..... เลขทะเบียน.....
สังกัด..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....



ขอยืนยันเข้าร่วมโครงการศึกษาดูงาน

- จุดขึ้นรถวันที่ 10 พฤษภาคม 2560

- ระบุขนาดเสื้อโปโล (เพื่อใส่ในวันเข้าศึกษาดูงาน)

ขนาดเสื้อหญิง	รอบอก/นิ้ว	ขนาดเสื้อชาย	รอบอก/นิ้ว
☐ S	34	☐ S	38
☐ M	36	☐ M	40
☐ L	38	☐ L	42
☐ XL	40	☐ XL	44
☐ XXL	42	☐ XXL	46

- การรับประทานอาหาร



ทั่วไป



มุสลิม



ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการศึกษาดูงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

กรุณาส่ง FAX. สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

โทรสาร. 075-774671 ภายในวันที่ 20 เมษายน 2560

งานธุรการ

โทร.๐๗๕-๗๗๔๖๗๒,๐๗๕-๗๗๔๖๗๓

โทรสาร.๐๗๕-๗๗๔๖๗๑