INTERNET DOWNLOAD

บริษัท พี.เอ็ม.ซี.อคาเดมิค กรุ๊ป จำกัด

โทรศัพท์ 0-2683-1920 โทรสาร 0-2683-1921-4

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตร .....

รุ่นที่ ..... วัน/เดือน/ปี ..... สถานที่ .....

1. ข้าพเจ้า (นายจ้าง / ผู้มีอำนาจลงนาม) ชื่อ ..... นามสกุล .....

2. ชื่อสถานประกอบการ ..... หมายเลขสมาชิก | | | | | | / | | |

เลขที่ ..... หมู่ ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล .....

เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... E-mail .....

ประกอบกิจการ ..... จำนวนลูกจ้าง ..... คน

ผู้ประสานงาน ..... แผนก / ฝ่าย .....

ผู้ประสานงานที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน ..... โทรศัพท์ .....

3. ประสงค์จะส่งรายชื่อพนักงานเข้ารับการฝึกอบรม โดยมีรายชื่อดังต่อไปนี้

3.1 ชื่อ ..... นามสกุล .....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน | | | | | | | | | | | | |

3.2 ชื่อ ..... นามสกุล .....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน | | | | | | | | | | | | |

3.3 ชื่อ ..... นามสกุล .....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน | | | | | | | | | | | | |

3.4 ชื่อ ..... นามสกุล .....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน | | | | | | | | | | | | |

3.5 ชื่อ ..... นามสกุล .....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน | | | | | | | | | | | | |

(ประทับตราบริษัทถ้ามี)

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร

ลงชื่อ ..... นายจ้าง

<u>กรุณาส่งใบสมัครที่โทรสารหมายเลข 0-2683-1921-4</u> พร้อมยืนยันการสำรองที่นั่งที่โทรศัพท์หมายเลข 0-2683-1920

<u>การยกเลิกการอบรม</u> กรณีที่ท่านสำรองที่นั่งไว้แล้วแต่ไม่สามารถเข้าร่วมสัมมนาได้ เนื่องจากเหตุจำเป็น กรุณาแจ้งยกเลิก **<u>ก่อนวันอบรมอย่างน้อย 3 วัน</u>** หากไม่แจ้งตามกำหนดบริษัทฯคิดค่าธรรมเนียม 30% ของอัตราค่าลงทะเบียน