



## สมาคมพัฒนาความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

โทรศัพท์ 0-2416-9779 โทรสาร 0-2417-0154-5

ใบสมัครเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมหลักสูตร ผู้ควบคุมประจำหม้อน้ำ

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

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

2. ชื่อสถานประกอบการ .....

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

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

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

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

ผู้ประสานงาน ..... แผนก / ฝ่าย .....

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

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร .....  สำนักงานใหญ่  สาขาที่ .....

3. ประสงค์จะส่งรายชื่อพนักงานเข้ารับการศึกษาฝึกอบรม 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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

4. เอกสารประกอบการพิจารณา

 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง

|                        |
|------------------------|
| (ประทับตราบริษัทถ้ามี) |
|------------------------|

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร

ลงชื่อ ..... นายจ้าง

กรุณาส่งใบสมัครที่โทรสารหมายเลข 0-2417-0154-5 พร้อมยืนยันการสำรองที่นั่งที่โทรศัพท์หมายเลข 0-2416-9779

**การยกเลิกการอบรม** กรณีที่ท่านสำรองที่นั่งไว้แล้วแต่ไม่สามารถเข้าร่วมสัมมนาได้ เนื่องจากเหตุจำเป็น กรุณาแจ้งยกเลิกการอบรม**ก่อนวันอบรมอย่างน้อย 3 วัน** หากไม่แจ้งตามกำหนดบริษัทฯ คิดค่าธรรมเนียม 50% ของอัตราค่าลงทะเบียน