



บริษัท พี.เอ็ม.ซี.อคาเดมิก กรุ๊ป จำกัด

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

ใบสมัครเข้ารับการศึกษาหลักสูตร

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

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร สำนักงานใหญ่ สาขาที่

3. ประสงค์จะส่งรายชื่อพนักงานเข้ารับการศึกษา 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

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

การยกเลิกการอบรม กรณีที่ท่านสำรองที่นั่งไว้แล้วแต่ไม่สามารถเข้าร่วมสัมมนาได้ เนื่องจากเหตุจำเป็น กรุณาแจ้งยกเลิก

ก่อนวันอบรมอย่างน้อย 3 วัน หากไม่แจ้งตามกำหนดบริษัทฯคิดค่าธรรมเนียม 50% ของอัตราค่าลงทะเบียน