



แบบตอบรับลงทะเบียน
เข้ารับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้ระบบฐานข้อมูล (Clinic Data Base)
พระสอนศีลธรรมในโรงเรียน สังกัด มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ส่วนกลาง

วันศุกร์ ที่ 15 เดือนกันยายน พ.ศ. 2560

ชื่อ..... ฉายา..... นามสกุล..... เลขประจำตัวพระสอนศีลธรรม.....
สังกัดวัด..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์เข้าร่วมอบรม

เข้าร่วมอบรม รอบเช้า รอบบ่าย

ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

ส่งใบนี้คืนได้ที่ สำนักงานโครงการพระสอนศีลธรรมในโรงเรียน มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย
ต. ศาลายา อ. พุทธมณฑล จ. นครปฐม 73170 ดังนี้
ส่งแบบตอบรับลงทะเบียนตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ 10 กันยายน 2560
โทร. 0-2444-6000 ต่อ 1092-1095 โทรสาร (fax) 0-2444-6070

ฝ่ายประสานงาน

นายศรีณีย์ ท้าวมิตร เบอร์โทร. 061-850-0003

หมายเหตุ

- สำเนาหนังสือสุทธิ
- หากตอบรับการเข้าร่วมแล้วต้องการเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกการเข้าร่วมอบรม กรุณาแจ้งล่วงหน้าก่อนวันงาน 1 วัน