



## ใบสมัครเข้าร่วมการฝึกอบรม

### ประเภท Public Training

สมาคมส่งเสริมความปลอดภัยและอนามัยในการทำงาน (ประเทศไทย) ในพระราชูปถัมภ์ฯ

ข้าพเจ้า(นายจ้าง).....

สถานที่ทำงานปัจจุบันบริษัท.....ประกอบกิจการเกี่ยวกับ.....

เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร \_ - \_ - \_ - \_ -

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

1. (นาย/นาง/นางสาว) .....โทรศัพท์มือถือ.....ประเภทอาหาร.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน \_ - \_ - \_ - \_ -

2. (นาย/นาง/นางสาว) .....โทรศัพท์มือถือ.....ประเภทอาหาร.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน \_ - \_ - \_ - \_ -

3. (นาย/นาง/นางสาว) .....โทรศัพท์มือถือ.....ประเภทอาหาร.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน \_ - \_ - \_ - \_ -

4. (นาย/นาง/นางสาว) .....โทรศัพท์มือถือ.....ประเภทอาหาร.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน \_ - \_ - \_ - \_ -

5. (นาย/นาง/นางสาว) .....โทรศัพท์มือถือ.....ประเภทอาหาร.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน \_ - \_ - \_ - \_ -

อบรมในหลักสูตร.....วันที่อบรม.....สถานที่อบรม.....

ประทับตราบริษัท (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....นายจ้าง

(.....)

ชื่อผู้ประสานงานอบรม.....โทร.....E-mail address: .....

\*\*\*กรุณาตอบกลับใบสมัครมาที่ E-mail shawpattraining@gmail.com\*\*\*

\*\*\*โทรศัพท์ติดต่อศูนย์ฝึกอบรม ฝ่ายงาน Public 02 884 1852 ต่อ 101,102\*\*\*