



คณบดีศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัย เชียงใหม่
เลขที่ 1080
วันที่ 30 เม.ย. 2552
เวลา 15.00

ที่ วท. 0304/ ว 5133

กรมวิทยาศาสตร์บริการ
ถนนพระรามที่ 6 เขตราชเทวี
กท. 10400

30 มีนาคม 2551

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์หลักสูตรฝึกอบรม ประจำปีงบประมาณ 2552

เรียน คณบดีคณะศึกษาศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรม
2. แผ่นพับ

ตามที่สำนักพัฒนาศกยภาพนักวิทยาศาสตร์ห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์บริการ มีหน้าที่ส่งเสริมและพัฒนานักวิทยาศาสตร์ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ทั้งภาครัฐ และเอกชน โดยการจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้มีความรู้ และทักษะการทำงานในห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสมและเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน เพื่อให้การดำเนินงานลุล่วงไปตามแผนฝึกอบรมฯ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านประชาสัมพันธ์หลักสูตรฝึกอบรม ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

13/มค ๑๓๖๓
- พวอ/๒๖๑๓๖
- ทพอว ๒๖๓

ขอแสดงความนับถือ

๒ ๑๓๖๓

(นางสาวจรรยา วัฒนทวีกุล)

๒๖/๐๓/๕๒

ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาศกยภาพนักวิทยาศาสตร์ห้องปฏิบัติการ
ปฏิบัติราชการแทน อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์บริการ

ป.ร. ๒๖๓๖๓๖๓

๐/๕/๕๒

สำนักพัฒนาศกยภาพนักวิทยาศาสตร์ห้องปฏิบัติการ

โทร. 0 2201 7425-6

โทรสาร 0 2201 7429,7446



สำนักพัฒนาศักยภาพนักวิทยาศาสตร์ห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์บริการ
 75/7 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ โทรศัพท์ 0 2201 7460,53 โทรสาร 0 2201 7461 <http://blpd.dss.go.th>

ใบสมัครเข้าร่วมการฝึกอบรม

รหัสหลักสูตร.....ชื่อหลักสูตร.....วันที่.....

*กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือพิมพ์ ระหว่างวันที่.....

*ข้อมูลส่วนบุคคล

นาย นาง นางสาว ชื่อ.....นามสกุล.....
 ระดับการศึกษา: ต่ำกว่าปริญญาตรี (โปรดระบุ)..... ปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก
 ตำแหน่ง:.....ฝ่าย/แผนก:.....
 ที่อยู่:.....
 โทรศัพท์:.....โทรสาร:.....มือถือ: 08-.....E-mail:.....
 ประสบการณ์การทำงาน:.....ปีที่รับผิดชอบ:.....
 ท่านทราบข่าวสารฝึกอบรมจาก เว็บไซต์ แผนฝึกอบรมทางไปรษณีย์ อีเมล / พศ. สาร แผ่นพับ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

*ข้อมูลหน่วยงาน

ชื่อหน่วยงาน:.....
 ประเภทของหน่วยงาน ราชการ เอกชน รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษา องค์กรอิสระ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
 ที่อยู่หน่วยงาน: ชื่ออาคาร/หมู่บ้าน.....เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 ประเภทธุรกิจ / ผลิตภัณฑ์: อาหารสัตว์ อาหารและเครื่องดื่ม ยาและเครื่องสำอาง ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ ยานยนต์
 เครื่องนุ่งห่มและสิ่งทอ หนังสือและผลิตภัณฑ์หนังสือ เคมีภัณฑ์ ปิโตรเคมี เชื้อและกระดาษ แร่และโลหะ ปูนซีเมนต์
 วิเคราะห์ทดสอบ/สอบเทียบ/วิจัย อื่นๆ (โปรดระบุ).....

*การชำระค่าลงทะเบียน

- เงินสด ชำระที่ ห้อง 422 ชั้น 4 อาคารสถานศึกษาเคมีปฏิบัติ กรมวิทยาศาสตร์บริการ ****ชำระก่อนวันอบรม 2 สัปดาห์ (ไม่รับชำระหน้างาน)****
 เช็คเงินสด สั่งจ่าย กรมวิทยาศาสตร์บริการ (เฉพาะเขตกรุงเทพฯหรือปริมณฑล) ****รับเช็คภายใน 15 วันนับจากวันที่สั่งจ่าย****
 โอนเงินเข้าบัญชี : สำนักพัฒนาศักยภาพนักวิทยาศาสตร์ห้องปฏิบัติการ ธนาคารกรุงไทย สาขาอยุธยาองค์การเภสัชกรรม เลขที่บัญชี 072-1-05067-0

“การลงทะเบียนจะสมบูรณ์เมื่อท่านชำระค่าลงทะเบียนแล้ว”

*ข้อมูลการออกใบเสร็จ

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....
 ชื่อหน่วยงาน.....
 ที่อยู่.....

ออกใบเสร็จในนาม

- บริษัท/หน่วยงาน
 ผู้เข้าอบรมเท่านั้น
 ผู้เข้าอบรมและชื่อหน่วยงาน

การส่งใบสมัคร และหลักฐานการชำระค่าลงทะเบียน e-mail: blpd@dss.go.th หรือ Fax 0 2201 7461 หรือทางไปรษณีย์

กรณียกเลิก กรุณาแจ้งยกเลิกการเข้าอบรมก่อนการฝึกอบรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์ **มีฉะนั้นถือว่าสละสิทธิ์** สำนักฯ จะไม่คืนค่าลงทะเบียน การขอคืนค่าลงทะเบียนกรณีแจ้งยกเลิก สำนักฯจะหักค่าดำเนินการ 25%

สำนักฯ จะพิจารณารับเข้าอบรมตามการสมัครและการชำระค่าลงทะเบียนตามลำดับก่อนหลัง แจ้งผลการตอบรับให้ทราบภายใน 5 วันทำการ หลังจากได้รับหลักฐานการชำระค่าลงทะเบียน สามารถตรวจสอบผลการสมัครได้ที่ <http://blpd.dss.go.th>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวเป็นจริง และยินดีปฏิบัติตามกฎระเบียบของการฝึกอบรมทุกประการ

(ลายมือชื่อ).....ผู้สมัคร
 (ตัวบรรจง) (.....)
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

วันที่รับเอกสารสมัคร:.....วันที่แจ้งผลการสมัคร:..... ได้เข้าอบรม ไม่ได้เข้าอบรม
 ใบเสร็จเล่มที่.....เลขที่.....ผู้รับเงิน.....วันที่.....