



ใบตอบรับ

เข้าร่วมโครงการเสริมสร้างศักยภาพสมาชิกใหม่สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตุล จำกัด ประจำปี 2567

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิกเลขที่.....

โรงเรียน / หน่วยงาน..... อำเภอ.....

ที่อยู่ (ที่ติดต่อได้).....

เบอร์โทรติดต่อ.....

ประสงค์ขอสมัครเข้าร่วมกิจกรรมอบรม “โครงการเสริมสร้างศักยภาพสมาชิกใหม่ สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตุล จำกัด” ประจำปี2567 ในวันเสาร์ ที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ.2567 เวลา 08.30 – 16.00 น. ณ ห้องประชุม สตารินทร์รีสอร์ท อำเภอเมืองสตุล จังหวัดสตุล

ไม่ประสงค์เข้าร่วม เหตุผล.....



ลงชื่อ.....

(.....)

* หมายเหตุ : ส่งแบบตอบรับภายในวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ.2567 มายังสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตุล จำกัด หรือลงทะเบียนผ่าน QR Code ตามที่แนบ