

แบบฟอร์มรับรองการอนุญาตให้เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการใช้ IT

หลักสูตร.....

ระหว่างวันที่.....

ณ ห้องฝึกอบรมคอมพิวเตอร์ ชั้น 7 อาคารพระจอมเกล้า สป.วท.

รายชื่อผู้เข้าร่วม

ชื่อหน่วยงาน			
1	ชื่อ-สกุล :		
	E-mail :		
	ตำแหน่ง :	โทรศัพท์ :	
2	ชื่อ-สกุล :		
	E-mail :		
	ตำแหน่ง :	โทรศัพท์ :	

รายชื่อผู้เข้าร่วม (สำรอง)

1	ชื่อ-สกุล :		
	E-mail :		
	ตำแหน่ง :	โทรศัพท์ :	
2.	ชื่อ-สกุล :		
	E-mail :		
	ตำแหน่ง :	โทรศัพท์ :	

ความเห็นชอบจากผู้บังคับบัญชา



อนุญาตให้เข้าร่วม

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ : กรุณาส่งโทรสารกลับที่ 02-333-3882 หรือทาง e-mail : training.ictc@most.go.th

หากมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใดกรุณาติดต่อสอบถามได้ที่ :

นางสาวปรียาพร ต้นตึกัทธกุล หรือ นางสาวนิตา พินิจมนตรี

โทรศัพท์ : 0 2333 3816 , 0 2333-3700 ต่อ 7003