

แบบกรอกข้อมูลเพื่อเข้ารับการอบรมสำหรับสมาชิกใหม่ ปี ๒๕๖๔
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด

ด้วยสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด จะดำเนินการอบรมและสัมมนา ความรู้ทางสหกรณ์แก่สมาชิกที่สมัครใหม่ ปี ๒๕๖๔ ทุกราย (เฉพาะ ข้าราชการ , พนักงานราชการ , พนักงานกระทรวง และลูกจ้าง) ซึ่งจะจัดที่ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ในวันที่ ๑๗ ตุลาคม ๖๔

ดังนั้น จึงให้สมาชิกที่ยังไม่ผ่านการอบรมและสมาชิกใหม่ปี ๒๕๖๔ แสดงความจำนงเข้ารับการอบรมตามรายละเอียดตอนท้ายของเอกสารนี้ ทั้งนี้ผู้เข้ารับการอบรมจะได้รับ ค่าพาหนะ , ค่าที่พัก (เฉพาะหน่วยอำเภอเกาะยาว) และค่าเบี้ยเลี้ยง ตามอัตราที่ประกาศในระเบียบและอัตราค่าเดินทางที่ใช้สำหรับผู้เข้าร่วมประชุมใหญ่สามัญประจำปี ๒๕๖๓

ทั้งนี้ สมาชิกใหม่ทุกท่านจะต้องเข้ารับการอบรมซึ่งถือเป็นหน้าที่ของสมาชิก และให้จัดส่งแบบสอบถามนี้ไปยังสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา จำกัด ภายในวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๔ หรือฝากไปกับกรรมการหน่วยในแต่ละอำเภอ

ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่สมาชิก.....สังกัดหน่วย.....

ปฏิบัติงานที่.....อำเภอ.....จังหวัดพังงา

() เข้ารับการอบรม ในวันที่..... ได้

() ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่...../...../.....