



แบบฟอร์มยืนยันสิทธิ์
หลักสูตรนักบริหารระดับสูง กอล์ฟ ธรรมศาสตร์ รุ่นที่ 3

ชื่อ - นามสกุล.....

ออกใบเสร็จในนาม ส่วนตัว บริษัท หน่วยงาน

ชื่อบริษัท.....

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....

ที่อยู่เลขที่ หมู่ที่..... ซอย.....

ชื่ออาคาร/หมู่บ้าน..... ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

.....

(ค่าธรรมเนียมการอบรม 60,000 บาท)

ชื่อบัญชี โครงการการบริหารจัดการกอล์ฟ สำหรับผู้บริหาร คณะสหเวชศาสตร์ มธ.
ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ
บัญชีเงินออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 406-267056-0

หมายเหตุ หากชำระเงินค่าลงทะเบียนแล้วกรุณาส่งสำเนาหลักฐานการโอนเงิน พร้อมแบบฟอร์มมายัง
(ผู้ประสานงานหลักสูตรฯ) E-mail: plejur@hotmail.com หรือ Line ID : plejur