



ใบสมัครเข้ารับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา..... รุ่นที่..... ระหว่างวันที่.....
หรือ สามารถเข้าอบรมได้ช่วงเดือน.....(สามารถ FAX แสดงความประสงค์ได้ล่วงหน้าทันที)
วันที่เขียน.....

1. ชื่อ..... ชื่อสกุล.....
หมายเลขประจำตัวประชาชน.....

*ตำแหน่ง.....ระดับ.....สังกัด อบจ./เทศบาล/อบต.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

E-mail address.....**วุฒิการศึกษา.....สาขา.....

คำอธิบาย

* การระบุตำแหน่งให้ระบุตำแหน่งทางบริหาร และตำแหน่งตามสายงาน ให้ชัดเจน เช่น ผอ.กองคลัง (นักบริหารงานคลัง) หัวหน้าส่วนโยธา (เจ้าหน้าที่บริหารงานช่าง) เป็นต้น
** การระบุวุฒิการศึกษาและสาขา กรณีมีหลายวุฒิให้ระบุวุฒิและสาขาที่ตรงตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเท่านั้น

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นของผู้สมัครเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา
(.....)

ปลัด/รองปลัด อบจ./เทศบาล/อบต.....

อนุญาตให้เข้ารับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอนุมัติให้ยืมเงินทดรองจ่ายค่าลงทะเบียนการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ดังกล่าวได้
จำนวน.....บาท (.....)

ลงชื่อ.....
(.....)

นายก อบจ./เทศบาล/อบต.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ

1. FAX ใบสมัคร ถึง สถาบันพัฒนาบุคลากรท้องถิ่น ที่ 0 2516 2106-7
2. การสมัครจะสมบูรณ์ เมื่อ สถาบันพัฒนาบุคลากรท้องถิ่น ได้รับใบสมัคร และ รับเงินค่าลงทะเบียนเรียบร้อยแล้วเท่านั้น
3. สถาบันพัฒนาบุคลากรท้องถิ่น สงวนสิทธิ์การเปลี่ยนแปลงช่วงเวลาการฝึกอบรมตามความเหมาะสม
4. ติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่ โทรศัพท์ 0 2516 4080 ต่อ 191 มือถือ 09 0678 0177-92