



บริษัท เทคโนโลยีไออาร์พีซี จำกัด

309 หมู่ 5 ถนนสุขุมวิท ตำบลเชิงเนิน อำเภอเมือง จังหวัดระยอง 21000

โทรศัพท์ : 089-2452845 , 038-022835-7 ต่อ 311 โทรสาร : 038-022839

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี : 02155 38 000298

E-mail : marketing.irpct@gmail.com , servicecenter.irpct@gmail.com

Website : www.irpct.ac.th

ใบสมัครเข้าอบรมการฝึกอบรมหลักสูตร ความปลอดภัยในการทำงานในที่อับอากาศ

สำหรับ 4 ผู้ ผู้อนุญาต ผู้ช่วยเหลือ ผู้ควบคุมงาน ผู้ปฏิบัติงาน

รุ่นที่ _____ อบรมวันที่ _____ สถานที่ _____

1.ข้าพเจ้า (นายจ้าง/ผู้ประสานงาน) ชื่อ _____ นามสกุล _____
ตำแหน่ง _____

2.ชื่อสถานประกอบการ _____

เลขที่ _____ หมู่ _____ ถนน _____ แขวง/ตำบล _____

เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____ E-mail _____

3.ประสงค์จะส่งพนักงานเข้ารับการฝึกอบรมจำนวน _____ คน โดยมีรายชื่อดังต่อไปนี้

ชื่อ _____ นามสกุล _____ เบอร์โทรศัพท์มือถือ _____

ชื่อ _____ นามสกุล _____ เบอร์โทรศัพท์มือถือ _____

ชื่อ _____ นามสกุล _____ เบอร์โทรศัพท์มือถือ _____

4.เอกสารของผู้เข้ารับการอบรมเพื่อประกอบการพิจารณา

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

ใบรับรองแพทย์ ตามประเภทการทำงาน

5.ชำระค่าลงทะเบียนโดย

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี บริษัท เทคโนโลยีไออาร์พีซี จำกัด เลขที่บัญชี 523-422474-3 ธนาคารไทยพาณิชย์
(กรุณานำสำเนาใบฝากเงินมาเพื่อออกใบเสร็จรับเงิน)

เงินสด กรุณาชำระก่อนวันเข้าอบรม 7 วัน ** (ผู้เข้าอบรมเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียมการโอนทุกกรณี)**

หมายเหตุ

1.หากท่านสำรองที่นั่งแล้ว แต่ไม่สามารถเข้าร่วมสัมมนาได้ กรุณาแจ้งล่วงหน้าภายใน 3 วัน หากพ้นกำหนดท่านต้องชำระค่าบริการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว 40 % ของอัตราค่าอบรม

2.กรณีมีใบหัก ณ ที่จ่าย กรุณานำมาในวันชำระเงินด้วย

ชื่อ(ตัวบรรจง) _____ ผู้ประสานงาน เบอร์โทรศัพท์มือถือ _____ วันที่ _____

ท่านรู้จักหลักสูตรการอบรมจากสื่อใด

E-mail มีผู้แนะนำ โบว์ซัวร์/สื่อสิ่งพิมพ์ เว็บไซต์

พนักงาน FM. อื่นๆโปรดระบุ.....