 *ใบเสร็จรับเงินเลขที่*

*วันที่ส่งใบสมัคร*

**ใบสมัครเข้าอบรม โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ หลักสูตร**

**“Action Research”รุ่น 1**

**ระหว่างวันที่ 29 – 30 เมษายน 2560**

**โดยสมาคมนักวิจัยแห่งประเทศไทย**

🗆 นาย 🗆 นาง 🗆 น.ส. 🗆 อื่นๆ (ระบุ) ชื่อ สกุล

วุฒิการศึกษาสูงสุด 🗆 ป.เอก 🗆 ป.โท 🗆 ป.ตรี 🗆 อื่นๆ (ระบุ)

คณะ/สาขา

(1) ชื่อสถานที่ทำงาน

ภาควิชา/ฝ่าย คณะ/แผนก

เลขที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต ... จังหวัด รหัส ปณ.

โทรศัพท์ โทรสาร อีเมล์

ปัจจุบันทำงานในตำแหน่ง

(2) ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัส ปณ.

โทรศัพท์ มือถือ โทรสาร อีเมล์

\*\*โปรดระบุรุ่นที่ท่านต้องการสมัคร ..........................................................................................

ที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก *(กรณีมีการแจ้งข่าวสารหรือจัดส่งเอกสารเพิ่มเติม)* 🗆 (1) ที่ทำงาน 🗆 (2) ที่อยู่ปัจจุบัน

ศาสนา/อื่นๆ (เพื่อความสะดวกของผู้เข้าอบรม)

วิธีชำระค่าลงทะเบียน

🗆 เงินสด ที่สมาคมนักวิจัย

🗆 โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารทหารไทย สาขา ม.เกษตรศาสตร์ เลขที่ 069-2-55518-8 บัญชี สมาคมนักวิจัย

จำนวนเงินที่ชำระ สมาชิกสมาคมฯ 🗆 4,000.00 บาท บุคคลทั่วไป 🗆 4,500.00 บาท \*\*(ราคานี้รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม)\*\*

ชื่อและที่อยู่ ในการออกใบเสร็จ (กรุณาเขียนให้ชัดเจน)

กรณีชำระโอนเข้าบัญชี กรุณาแฟกซ์หลักฐานการชำระเงิน ไปที่ 02-579-0801 หรือ อีเมล์ไปที่ [ar@ar.or.th](mailto:ar@ar.or.th) พร้อมทั้ง ระบุชื่อหลักสูตร และ ชื่อผู้เข้าอบรม และเก็บหลักฐานฉบับจริงไว้เพื่อนำไปแสดง ณ จุดลงทะเบียน ในวันฝึกอบรม เพื่อรับใบเสร็จรับเงิน

ลงชื่อ

( )

*ส่งใบสมัครมาที่โทรสาร 02-579-0801 หรืออีเมล์มาที่* [*ar@ar.or.th*](mailto:ar@ar.or.th) *รายละเอียดเพิ่มเติม 0-2579-0787, 087-931-5303*