**ใบสมัคร** **Boost up TQA 2 and 4 Category by Business Excellence Tools**

|  |
| --- |
| **ข้อมูลหน่วยงาน**  **ชื่อบริษัท**................................................................................................................................................................................................................  เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (เฉพาะครั้งแรกที่สมัคร)...................................................................... [ ] สำนักงานใหญ่ [ ] สาขาที่..............................  **ประเภทกิจการ** [ ] การผลิต [ ] การบริการ [ ] การศึกษา [ ] การสาธารณสุข [ ] และอื่นๆ โปรดระบุ..............................................  **ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จ**..........................................................................................................................................................................................  ซอย......................................................................ถนน......................................................แขวง/ตำบล...................................................................  เขต/อำเภอ...................................................................จังหวัด.............................................................. รหัสไปรษณีย์............................................  โทรศัพท์............................................................................................................. โทรสาร..........................................................................................  **ผู้ประสานงาน** ชื่อ-นามสกุล….............................................................................................................................................................................  โทรศัพท์................................................................................ต่อ ........................................... โทรสาร....................................................................  มือถือ.....................................................................................…E-mail (ใช้แจ้งตอบรับ)….......…..……..........................................………………………..….….  **รายชื่อผู้เข้าร่วม** ค่าธรรมเนียมต่อครั้งสมาชิกสถาบัน 8,000 บาท บุคคลทั่วไป 8,500 บาท (รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% แล้ว)  1) ชื่อ-นามสกุล .........................................................................................................ตำแหน่ง ..............................................................................  E-mail (ใช้ในการตอบรับ).................................................................................... มือถือ ..............................................................................  ❑ รุ่น 1 : 27-28 เมษายน 2560 ❑ รุ่น 2 : 22-23 มิถุนายน 2560 ❑ รุ่น 3 : 24-25 สิงหาคม 2560 ❑ รุ่น 4 : 14-15 กันยายน 2560  2) ชื่อ-นามสกุล .........................................................................................................ตำแหน่ง ..............................................................................  E-mail (ใช้ในการตอบรับ).................................................................................... มือถือ ..............................................................................  ❑ รุ่น 1 : 27-28 เมษายน 2560 ❑ รุ่น 2 : 22-23 มิถุนายน 2560 ❑ รุ่น 3 : 24-25 สิงหาคม 2560 ❑ รุ่น 4 : 14-15 กันยายน 2560  3) ชื่อ-นามสกุล .........................................................................................................ตำแหน่ง ..............................................................................  E-mail (ใช้ในการตอบรับ).................................................................................... มือถือ ..............................................................................  ❑ รุ่น 1 : 27-28 เมษายน 2560 ❑ รุ่น 2 : 22-23 มิถุนายน 2560 ❑ รุ่น 3 : 24-25 สิงหาคม 2560 ❑ รุ่น 4 : 14-15 กันยายน 2560  4) ชื่อ-นามสกุล .........................................................................................................ตำแหน่ง ..............................................................................  E-mail (ใช้ในการตอบรับ).................................................................................... มือถือ ..............................................................................  ❑ รุ่น 1 : 27-28 เมษายน 2560 ❑ รุ่น 2 : 22-23 มิถุนายน 2560 ❑ รุ่น 3 : 24-25 สิงหาคม 2560 ❑ รุ่น 4 : 14-15 กันยายน 2560  5) ชื่อ-นามสกุล .........................................................................................................ตำแหน่ง ..............................................................................  E-mail (ใช้ในการตอบรับ).................................................................................... มือถือ ..............................................................................  ❑ รุ่น 1 : 27-28 เมษายน 2560 ❑ รุ่น 2 : 22-23 มิถุนายน 2560 ❑ รุ่น 3 : 24-25 สิงหาคม 2560 ❑ รุ่น 4 : 14-15 กันยายน 2560 |
|  |

**การชำระค่าธรรมเนียม : โอนเงินผ่านธนาคารกรุงเทพ ( บัญชีออมทรัพย์ )**

ชื่อบัญชี มูลนิธิเพื่อสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ เลขที่ 210-0-508619

ส่งหลักฐานการชำระเงินพร้อมระบุ หลักสูตร ชื่อหน่วยงาน และที่อยู่ออกใบเสร็จส่งมาที่ โทรสาร 0-2619-8098 หรือ phatcharawan@ftpi.or.th

กรณียกเลิกการอบรม กรุณาแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษร ก่อนวันอบรมอย่างน้อย 7 วันทำการ มิฉะนั้นสถาบัน ขอสงวนสิทธิ์เก็บค่าธรรมเนียม 50%

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ส่วนบริการฝึกอบรม โทรศัพท์ 02-619-5500 ต่อ 466-467 โทรสาร 02-619-8098 e-Mail : phatcharawan@ftpi.or.th หรือ Panitnart@ftpi.or.th