**ใบสมัครอบรม**

**หลักสูตร ทักษะที่จำเป็นสำหรับ Productive Supervisor รุ่น 19**

**(Essential Supervisory Skills for Productive Supervisor)**

 **วันที่ 16-17 มิถุนายน 2563 เวลา 09.00-16.30 น. ณ โรงแรมบูเลอวาร์ด สุขุมวิท ซอย 5**

**ข้อมูลหน่วยงานและที่อยู่ สำหรับออกใบเสร็จ**

**ชื่อหน่วยงาน ภาษาไทย**……...................................................................................................................................................

**ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จ**.........................................................................................................................................................

..................................................................................................................................รหัสไปรษณีย์..........................................

**เลขที่ผู้เสียภาษี 13 หลัก** (เฉพาะครั้งแรกที่ใช้บริการ) .....................................................................สาขาที่...........................

**ชื่อผู้ประสานงาน**.....................................................................................................................................................................

**โทรศัพท์**..............................................เบอร์ต่อ...................…มือถือ.....................................โทรสาร......................................

**E-mail** (ใช้ในการตอบรับ)…...……………..…………………………………………….…………………………………

**ประเภทกิจการ** O การบริการ O การศึกษา O การสาธารณสุข O การผลิต

 O ภาครัฐ /รัฐวิสาหกิจ O อื่นๆ โปรดระบุ............................................

**สถานะสมาชิก** O สมาชิกสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ รหัสสมาชิก ..............................................

 O ไม่เป็นสมาชิก

**ข้อมูลผู้เข้าร่วมฝึกอบรม (โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่อง ถูกต้องและชัดเจน)**

1. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย)..................................................................... ตำแหน่ง …………………………………………….

 มือถือ (กรณีฉุกเฉิน)...…………………….….............................. อีเมล์...........................................................................

1. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย)..................................................................... ตำแหน่ง …………………………………………….

 มือถือ (กรณีฉุกเฉิน)...…………………….….............................. อีเมล์...........................................................................

1. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย)..................................................................... ตำแหน่ง …………………………………………….

 มือถือ (กรณีฉุกเฉิน)...…………………….….............................. อีเมล์...........................................................................

รวมค่าธรรมเนียมทั้งสิ้น.............................................................................................บาท (รวม Vat แล้ว)

ส่วนบริการฝึกอบรม สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ โทรศัพท์ 02-619-5500 ต่อ 454 (นิรันดร์)

โทรสาร 02-619-8098 E-mail: nirun@ftpi.or.th