

แบบตอบรับเข้าร่วมการอบรม

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การใช้งานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ
บุคลากรสาธารณสุข ในการจัดทำคำสั่งโอนเงินเดือน ค่าจ้าง และค่าตอบแทน”

จำนวน ๘ รุ่น ระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม ๒๕๕๘

ณ ห้องประชุม ๑ กลุ่มบริหารงานบุคคล อาคาร ๕ ชั้น ๓

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

ชื่อหน่วยงาน

ได้รับแจ้งให้เข้าอบรม รุ่นที่ ระหว่างวันที่

ไม่สามารถเข้าร่วมอบรมได้ เนื่องจาก.....

ขอส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม ดังนี้

(นาย/ นาง/ นางสาว)	ชื่อ/สกุล (ตัวบรรจง)	ตำแหน่ง	โทรศัพท์	มือถือ	Email

- หมายเหตุ**
๑. อนุญาตผู้เข้าอบรมหน่วยงานละไม่เกิน ๒ คน เนื่องจากห้องอบรมเป็นห้องปฏิบัติการมีที่นั่งจำกัด
 ๒. ต้องเป็นผู้ที่สามารถเข้ารับการอบรมได้ครบ ๑๐๐ % ของระยะเวลาการอบรม
 ๓. เวลาในการอบรม จำนวน ๒ วัน ตั้งแต่เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. ทุกวัน

คำรับรองของผู้เข้าอบรม :

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าสามารถเข้ารับการอบรมได้ครบ ๑๐๐ % ของเวลาการอบรมทั้งหมด

ลงชื่อผู้สมัคร

(.....)

วันที่/...../.....

ลงชื่อผู้สมัคร

(.....)

วันที่/...../.....

*** กรุณาส่งแบบตอบรับกลับถึงกลุ่มบริหารงานบุคคล สป. ภายในวันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๕๘ ทาง

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๔๔๖, ๐ ๒๕๕๐ ๑๔๔๗

E-mail : pen1980@hotmail.com

สอบถามเพิ่มเติม โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๔๔๘

**** ขอให้ดำเนินการบันทึกข้อมูลผู้เข้ารับการอบรมในระบบพัฒนาระบบ วิธีการดำเนินการตามคู่มือ

โดยให้ดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์กลุ่มบริหารงานบุคคล