



แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการ
คลินิกแก้หนี้เพื่อช่วยเหลือผู้ค้าประกัน ครั้งที่ 1
วันที่ 26 ตุลาคม 2561
ณ ห้องประชุม 5501 อาคาร 5 ชั้น 5
กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น เขตดุสิต กรุงเทพฯ

ผู้สมัครเข้าร่วมโครงการ

- ชื่อ นาย/นาง/น.ส. ทะเบียนสมาชิก.....
ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)..... โทรศัพท์ (มือถือ).....
- เป็นผู้ค้าประกันสมาชิก (1) ชื่อ - สกุล..... เลขที่สมาชิก.....
(2) ชื่อ - สกุล..... เลขที่สมาชิก.....
(3) ชื่อ - สกุล..... เลขที่สมาชิก.....
- การรับประทานอาหาร
() อาหารปกติ () อาหารอิสลาม
- ส่งแบบตอบรับเข้าร่วมโครงการฯ มายังสหกรณ์ออมทรัพย์กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จำกัด
โทรสาร 0-2241-8252 หรือ E-Mail : dlasaving@hotmail.com (ภายในวันที่ 19 ตุลาคม 2561)

ลงชื่อ

(.....)