



แบบตอบรับเข้าร่วมอบรม
“โครงการส่งเสริมสุขภาพโภชนาการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗”

หลักสูตร : ผู้ประกอบกิจการด้านอาหาร วันจันทร์ที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๗ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.
ณ ห้องประชุมสภาองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแขง

ชื่อร้านอาหาร/แผงลอยจำหน่ายอาหาร.....
ที่ตั้งเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบลหนองแขง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ๔๕๑๘๐

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์.....

- ประสงค์** เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพโภชนาการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ หลักสูตรผู้ประกอบกิจการด้านอาหาร จำนวน ๖ ชั่วโมง
- ไม่ประสงค์** เข้าร่วมโครงการ เพราะ.....

(ลงชื่อ).....ผู้ประกอบกิจการ
(.....)

หมายเหตุ ๑. ผู้ประสานงาน นางสาวธัญญาเรศ มะหันต์ ตำแหน่ง ผู้ช่วยนักวิชาการสาธารณสุข สำนักปลัด โทร ๐๙๘-๑๘๔-๘๙๒๑

๒. ผู้ประกอบการที่เข้าร่วมอบรมและผ่านการอบรม จะได้รับวุฒิบัตรและบัตรประจำตัว

๓. ผู้เข้าอบรมต้องเตรียมรูปถ่าย ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ นำมาในวันอบรมด้วย

๔. กำหนดส่งแบบตอบรับ ภายในวันพฤหัสบดีที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๖๗ ได้ที่ งานสาธารณสุข สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแขง