

ใบสมัครเข้าร่วมการฝึกอบรมอาชีพเสริม

หลักสูตร “การแต่งหน้า ทำผม”

ระหว่างวันที่ 15-16 กรกฎาคม 2560

เวลา 09.00 – 15.00 น.

ณ ชั้น 6 อาคารประสิทธิ์พัฒนา โรงพยาบาลกระบี่

เลขที่สมาชิก

วันที่.....

ชื่อ-สกุลตำแหน่ง.....

สังกัด.....โทร.....

มีความประสงค์เข้าร่วมการฝึกอบรมดังกล่าว () รุ่น 1 วันเสาร์ที่ 15 กรกฎาคม 2560
() รุ่น 2 วันอาทิตย์ที่ 16 กรกฎาคม 2560

(ลงชื่อ).....
(.....)

- หมายเหตุ 1. กรุณาส่งใบตอบรับเข้าร่วมฝึกอบรม หรือส่งทางโทรสาร หมายเลข 075-622857 ตั้งแต่วันที่ 22 มิถุนายน 2560 ถึงวันที่ 7 กรกฎาคม 2560 หากมีผู้แจ้งเข้าอบรมครบตามจำนวนก่อนกำหนดจะปิดรับทันที
2. วัสดุ อุปกรณ์ที่สมาชิกเข้าร่วมฝึกอบรมต้องเตรียมมาด้วยตนเอง ดังนี้
- กระจกส่องหน้าแบบตั้งโต๊ะ
 - เครื่องสำอาง ได้แก่ ครีมรองพื้น แป้งฝุ่น ลิปสติก อายแชร์โดว์ ดินสอเขียนคิ้ว อายไลน์เนอร์ บรัชออน ที่ัดขนตา มาสคาร่า และชุดแปรงแต่งหน้า
2. หากมีผู้แจ้งความจำนงไม่ครบตามจำนวน สหกรณ์ฯ ขอสงวนสิทธิ์เปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม