



แบบแสดงความจำนงและตอบรับการเข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง
การพัฒนาและการประเมินผลกิจกรรมเชิงป้องกันเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะในนิสิตนักศึกษา
สำหรับผู้บริหาร คณาจารย์ และบุคลากรด้านกิจการนิสิตนักศึกษา
ในวันพฤหัสบดีที่ 30 และวันศุกร์ที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2560
ณ หน่วยส่งเสริมสุขภาวะนิสิต ห้อง 311 ชั้น 3 อาคารจามจุรี 9 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อ-นามสกุล..... ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน/สังกัด..... มหาวิทยาลัย.....
โทรศัพท์(ที่ทำงาน)..... โทรสาร.....
โทรศัพท์(มือถือ)..... E-mail Address.....
ท่านต้องการให้ผู้จัดดำเนินการ จัดเตรียมอาหารต่อไปนี้ให้ท่าน
☐ อาหารทุกประเภท ☐ อาหารมุสลิม
☐ อาหารมังสวิรัต ☐ อาหารประเภท (โปรดระบุ).....

ออกใบสำคัญรับเงินในนาม.....
ที่อยู่เพื่อออกใบสำคัญรับเงิน.....
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (ของหน่วยงานต้นสังกัด).....

การชำระเงินค่าลงทะเบียนผ่านธนาคาร ณ ที่ทำการธนาคาร หรือ ตู้ ATM ธนาคารไทยพาณิชย์
ท่านละ 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน) มายังบัญชีดังต่อไปนี้ (สิ้นสุดการโอนเงิน 21 มีนาคม 2560)

ชื่อบัญชี : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่บัญชี : 045-262515-5
ประเภทบัญชี : ออมทรัพย์ สาขา : สภาอากาศไทย

เมื่อชำระเงินแล้ว สามารถส่งหลักฐานโดยโอนเงินได้ที่

คุณรัตนกร รัตนชีวร หน่วยส่งเสริมสุขภาวะนิสิต สำนักบริหารกิจการนิสิต

โทร. 0 2218 0543, 08 3060 9438 โทรสาร 0 2218 0582 หรือทางอีเมล chulastudentwellness@gmail.com

สำเนาหลักฐานการโอนเงิน