



ที่ ศธ๐๕๕๗.๐๔/ว. ๑๕๓

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
อำเภอเมือง
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๒๘๐

๙ เมษายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการอบรม หลักสูตร “ผู้ตรวจสอบกิจการขั้นพื้นฐาน (หลักสูตร๑)”

เรียน ประธานสหกรณ์ ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการ

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยมหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช โดยหลักสูตรบัญชี คณะวิทยาการจัดการ ร่วมกับสำนักงานตรวจบัญชีสหกรณ์นครศรีธรรมราชและชมรมผู้ตรวจสอบกิจการจังหวัดนครศรีธรรมราช จะจัดโครงการพัฒนาบุคลากรของสถาบันเกษตรกร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สอบกิจการของสหกรณ์ มีความรู้ ความสามารถ ทักษะ ในการตรวจสอบกิจการของสหกรณ์ และความรู้ด้านการบริหารงานที่เกี่ยวข้องกับสหกรณ์ ในการนี้ จึงได้กำหนดโครงการอบรมหลักสูตร “ผู้ตรวจสอบกิจการขั้นพื้นฐาน (หลักสูตร๑)” “เป็นหลักสูตรรับรองจากกรมตรวจบัญชีสหกรณ์” ให้กับคณะกรรมการดำเนินการ/ผู้ตรวจสอบกิจการของสหกรณ์ และสมาชิกสหกรณ์ในเขตพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ ๒๕ - ๒๖ เมษายน ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมพรหมโยธี สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช

มหาวิทยาลัยฯ จึงขอประชาสัมพันธ์โครงการฯ ต่อสหกรณ์ออมทรัพย์และสหกรณ์ การเกษตรและผู้สนใจเข้าร่วมโครงการอบรมดังกล่าว หากต้องการสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม โปรดติดต่อผู้ประสานงาน และโปรดแจ้งความจำนงค์ในใบตอบรับที่ส่งมาด้วยทางโทรสาร โทร. ๐๗๕-๓๗๗๔๔๐ ภายในวันที่ ๒๐เมษายน ๒๕๖๑ ทั้งนี้ในส่วนของการค่าใช้จ่าย เช่น ค่าลงทะเบียน ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเช่าที่พัก และค่าพาหนะ ให้เบิกจ่ายจากเงินงบประมาณของหน่วยงานต้นสังกัด ตามอัตราที่กำหนด ของระเบียบสหกรณ์ว่าด้วยการเดินทางไปราชการและค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมฯ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมโครงการ

เรียนประธานสหกรณ์
เพื่อโปรดพิจารณาและแจ้ง
11/4/61

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุชาติ การะกรณ์)
คณบดีคณะวิทยาการจัดการ

ทำ/ก/อ/นอ/น

18/04/61

ผู้ประสานงาน ๑. นางสาววัชรภรณ์ ลิมพันธ์โทร. ๐๘๘-๗๖๐๓๑๔๘
๒. นางสาวเบญญา ทองพันธ์ โทร. ๐๙๖-๖๓๔๒๓๒๙

ใบยืนยันเข้าร่วมโครงการอบรม
หลักสูตร “ผู้ตรวจสอบกิจการชั้นพื้นฐาน (หลักสูตร๑)”
ระหว่างวันที่ ๒๕ - ๒๖ เมษายน ๒๕๖๑
ณ ห้องประชุมพรหมโยธี สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

สหกรณ์ออมทรัพย์/สหกรณ์การเกษตร.....จำกัด

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เว็บไซต์ของสหกรณ์.....

มีความประสงค์ส่งผู้เข้าร่วมโครงการอบรม จำนวน.....คน ดังนี้

๑. ชื่อ - สกุล.....

ตำแหน่ง.....เบอร์ติดต่อ.....

๒. ชื่อ - สกุล.....

ตำแหน่ง.....เบอร์ติดต่อ.....

๓. ชื่อ - สกุล.....

ตำแหน่ง.....เบอร์ติดต่อ.....

๔. ชื่อ - สกุล.....

ตำแหน่ง.....เบอร์ติดต่อ.....

๕. ชื่อ - สกุล.....

ตำแหน่ง.....เบอร์ติดต่อ.....

อาหาร ☐ ไทย ☐ อิสลาม ☐ มังสวิรัติ



ค่าลงทะเบียน

กรุณาชำระเงินเป็นเงินสด **ในวันลงทะเบียนหน้างาน**

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ๑. ค่าลงทะเบียนสุทธิ ๕๐๐.- บาท/คน

๒. ส่งรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการอบรมทางโทรสาร หมายเลข ๐๗๕-๓๗๗๔๔๐
ภายในวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๑

๓. ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

- นางสาววิชรภรณ์ ลิ้มพันธ์ โทร. ๐๘๘-๗๖๐๓๔๔๘
- นางสาวเบญจา ทองพันธ์ โทร. ๐๙๖-๖๓๔๒๓๒๙