|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | ***ใบสมัครอบรมนพลักษณ์ขั้นต้น***  ***วันเสาร์ที่ ๒๖ - วันอาทิตย์ที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๒***  ***ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพฯ***    *ข้าพเจ้า (นาย นาง นส.)…………………………………………………………ชื่อเล่น……………....... อายุ.............ปี*  *ที่อยู่……………………………………………………………………………………………………………….................*  *.............................................................................................................................................................................*  *โทรศัพท์…………………………………...………. โทรศัพท์เคลื่อนที่…………….…………………………...*  *โทรสาร…………………………ที่อยู่อีเมล…………………………………….………………………………..*  *สนใจเข้าร่วมอบรมจำนวน……………………………ท่าน*  *ชำระค่าลงทะเบียนเป็นจำนวนเงิน……………………..บาท*  *ค่าลงทะเบียน ๔,๕๐๐  บาทต่อ ๑ ท่าน*  *โดยได้แฟกซ์ใบโอนเงินมาพร้อมใบสมัครนี้ที่บั­ญชีมูลนิธิโกมลคีมทอง*  *(…………..) ธนาคารกรุงศรีอยุธยา สาขาอรุณอมรินทร์ บั­ญชีออมทรัพย์ เลขที่ ๑๕๗-๑-๐๓๖๐๑–๔*  *(…………..) ธนาคารกรุงไทย สาขาย่อยพรานนก บั­ญชีออมทรัพย์ เลขที่ ๑๙๖-๑-๐๘๓๒๑–๓*  *(…………..) ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช บั­ญชีออมทรัพย์ เลขที่ ๐๑๖-๒๘๕๘๙๘–๓*  *กรณีต้องการใบเสร็จโปรดระบุให้ออกใน*  *นาม……………………………………………………..………………………………………………………..*  *ที่อยู่……………………………………………………………………................……………………………...*  *..............................................................................................................................................................*  *..............................................................................................................................................................*  *ในระยะเวลา ๖ เดือนที่ผ่านมา*  *ท่านป่วยเป็นโรค………………………………………..รับประทานยา……………....…………………….…..*  *สำหรับท่านที่รับประทานมังสวิรัติ หรืออื่นๆ ที่ต้องจัดเฉพาะ โปรดระบุ...................................................*  *ท่านทราบข่าวการอบรมจาก……………………………………………………………………………………..*  ***\* ส่งใบสมัครกลับมาที่โทรสาร ๐๒-๘๔๘-๙๗๕๖ สอบถามเรื่องการอบรม โทร. ๐๘๑-๔๕๖-๓๖๔๓***  ***หรือทางอีเมลที่ leejring@yahoo.com*** | |