จังหวัด.....

แบบตอบรับ

โครงการฝึกอบรมเพิ่มทักษะเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของกลุ่มจังหวัดภาคใต้ชายแดน

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

วันที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๖๒

ณ โรงแรมนิวซีซันสแควร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	เบอร์มือถือ	ประเภทอาหาร	
					ทั่วไป	มุสลิม

*** หมายเหตุ :

๑. ผู้ดำเนินโครงการฯ รับผิดชอบ ค่าอาหารกลางวัน อาหารว่างและเครื่องดื่ม

๒. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางให้เบิกจ่ายจากต้นสังกัด

๓. กรุณาแจ้งแบบตอบรับภายในวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ให้กลุ่มงานบริหารยุทธศาสตร์กลุ่มจังหวัดภาคใต้ชายแดน ทางโทรสาร ๐๗๓-๒๙๙๓๘๐ หรือทาง E-mail : southborder.osm@gmail.com

๔. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เบอร์มือถือสำนักงาน ๐๘๖-๔๙๘-๐๖๘๖

๕. โรงแรมนิวซีซันสแควร์ (ที่ตั้ง ๑๐๖ ถนน ประชาธิปัตย์ ตำบล หาดใหญ่ อำเภอ หาดใหญ่ สงขลา ๙๐๑๑๐) โทรศัพท์: ๐๗๔ ๓๕๒ ๘๘๘๕