



ใบสมัครเข้าร่วมการอบรม

Digital Customer Management: DCM รุ่นที่ 1

อบรมระหว่างวันที่ 6 สิงหาคม - 24 กันยายน 2568

ไฟล์ภาพ jpg.

แนบพร้อมใบสมัคร

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์ (เพื่อความสะดวกในการประสานงาน)

เจ้าหน้าที่จะติดต่อกลับไปยังผู้สมัครหรือผู้ประสานงานเพื่อแจ้งผลการพิจารณา ภายใน 7 วันหลังจากได้รับใบสมัคร

1. ข้อมูลส่วนตัวผู้สมัคร

ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) (ดร./นาย/นาง/นางสาว/ยศ)..... ชื่อเล่น

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ) (Dr./Mr./Mrs./Ms.).....

โทรศัพท์.....มือถือ.....E-mail.....ID LINE.....

ท่านมีโรคประจำหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ.....)

ท่านแพ้/ไม่รับประทานอาหารชนิดใด (เหตุผลทางศาสนา/สุขภาพ) (ระบุ.....)

2. ข้อมูลการทำงาน

ตำแหน่งงาน (ภาษาไทย)

ชื่อบริษัท/องค์กร (ภาษาไทย).....

ตำแหน่งงาน (ภาษาอังกฤษ) (ภาษาอังกฤษ)

ชื่อบริษัท/องค์กร (ภาษาอังกฤษ)

ที่อยู่ทำงาน.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

3. ข้อมูลผู้ประสานงาน

1) ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/ยศ).....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....E-mail.....

2) ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/ยศ).....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....E-mail.....

4. ท่านทราบข่าวสารการอบรมจากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ เอกสารหนังสือเชิญของ IRDP

☐ ระบบสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์หนังสือเชิญของ IRDP

☐ เว็บไซต์ประชาสัมพันธ์ของ IRDP

☐ สื่อออนไลน์ (FACEBOOK PAGE, LINE OFFICIAL

☐ ทราบข่าวจากบุคคลแนะนำ โปรดระบุชื่อ.....

5. ข้อมูลในการออกใบเสร็จ

ออกใบเสร็จในนาม.....

5.1 ที่อยู่ในการออกใบเสร็จถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี..... ต้องการ invoice ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ

ชื่อผู้รับใบเสร็จ.....โทรศัพท์.....

5.2 ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จ ☐ ที่อยู่เดียวกับ 5.1 ☐ ที่อยู่อื่นๆ โปรดระบุด้านล่าง

เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเหตุ : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาองค์กรภาครัฐ เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0993000285042 มีสถานะเป็นองค์การหรือสาธารณกุศล ลำดับที่ 807 จึงได้รับการยกเว้นการหักภาษี ณ ที่จ่าย

6. การศึกษาดูงานต่างประเทศ

6.1 ท่านมีความประสงค์ในการศึกษาดูงานต่างประเทศ ☐ ใช่ (ระบุข้อ 6.2) ☐ ไม่ใช่

6.2 ข้อมูลการศึกษาดูงานต่างประเทศ: โปรดแนบสำเนาหน้า Passport หนังสือเดินทางประเภททั่วไปส่วนบุคคล (เล่มสีเลือดหมู) มาพร้อมใบสมัคร

ชื่อ-สกุล ภาษาอังกฤษ ตามที่ปรากฏในหนังสือเดินทาง (Passport)

หมายเลขหนังสือเดินทางวันหมดอายุหนังสือเดินทาง.....

รหัสสะสมโมล์การบินไทย

การศึกษาดูงานต่างประเทศที่โครงการจัดไว้ให้ คือ บัตรโดยสารเครื่องบินชั้นประหยัด พักคู่ (ค่าธรรมเนียมรวม 129,000 บาท)

หากท่านประสงค์จะพักเดี่ยว

☐ ใช่ มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม (จะแจ้งให้ทราบอีกครั้ง)

หากท่านประสงค์จะเดินทางโดยเครื่องบินโดยสารชั้นธุรกิจ

☐ ใช่ มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม (จะแจ้งให้ทราบอีกครั้ง)

ข้าพเจ้ายินยอมให้มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาองค์กรภาครัฐ ดำเนินการจัดเก็บ รวบรวม เก็บรักษา ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อใช้ในการดำเนินงานของหลักสูตรอบรม และให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล โดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาองค์กรภาครัฐ จะเก็บรักษาข้อมูลดังกล่าวไว้เป็นความลับ และใช้ในวัตถุประสงค์ต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ข้อมูลในการกรอกใบสมัคร ได้แก่ ชื่อ-นามสกุล, ชื่อเล่น, รูปถ่าย, ที่อยู่, เบอร์โทรศัพท์, อีเมล, วันเดือนปีเกิด หรือเอกสารใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสมัคร โดยทางมูลนิธิฯ จะใช้เป็นข้อมูลทำเนียบรุ่น โดยจะเก็บไฟล์ข้อมูล และแยกตามรายบุคคล

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้และเปิดเผยข้อมูล อาทิ ภาพถ่าย คลิปวิดีโอ ระหว่างการอบรมหรือศึกษาดูงาน เพื่อการประชาสัมพันธ์หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องภายใต้วัตถุประสงค์ของหลักสูตรฯ

3. สิทธิเจ้าของข้อมูล ผู้เข้าอบรมมีสิทธิในการแก้ไขข้อมูลรายบุคคล การอนุญาตให้ใช้หรือเปิดเผย ในส่วนของข้อมูลส่วนบุคคล

หมายเหตุ

- ขอความกรุณาชำระค่าธรรมเนียมการอบรมล่วงหน้าก่อนการอบรม 10 วันทำการ เพื่อเป็นการยืนยันสิทธิ์การเข้าอบรม
- กรณีสมัครเข้าอบรมและไม่สามารถเข้าร่วมอบรมได้จะต้องแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 7 วันทำการ ก่อนการอบรม มิฉะนั้นทางหลักสูตรขอสงวนสิทธิ์เก็บค่าใช้จ่ายในการดำเนินการที่เกิดขึ้นจริง
- ในกรณีที่ผู้เข้าอบรมได้ชำระค่าใช้จ่ายการศึกษาดูงานต่างประเทศแล้ว แต่ไม่สามารถเดินทางได้ กรุณาแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วันก่อนวันเดินทาง โดยทางหลักสูตรขอสงวนสิทธิ์เก็บค่าใช้จ่ายในการดำเนินการที่เกิดขึ้นแล้วจริง

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

...../...../.....

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมฝ่ายฝึกอบรม

คุณณิษดา บุญสอน 02 714 5565 และ คุณสกลวรรณ เชื้อภักดี โทร 084 583 9828 E-mail: dcm@irdp.org