**ใบสมัครโครงการอบรม**

**แนวทางการจัดอาหารกลางวันที่มีคุณภาพสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน**

**ด้วยโปรแกรมจัดสำรับอาหาร INMU-School Lunch**

**วันที่ 29 ตุลาคม 2558**

โรงเรียน/ศูนย์...................................................................สังกัด................................ พื้นที่การศึกษา...............

ที่อยู่โรงเรียน........................................................................................……………………รหัส ปณ ...………..

ผู้เข้าอบรมกลุ่มใช้โปรแกรม ชื่อ – สกุล…………………………………………………… E-mail …………

เบอร์โทรศัพท์ ……………………………………………….. มือถือ...................................................

ผู้เข้าอบรมกลุ่มผู้ประกอบอาหาร ชื่อ – สกุล…………………………………………… E-mail …………

เบอร์โทรศัพท์ ……………………………………………….. มือถือ......................................................

ผู้เข้าอบรมใช้โปรแกรมต้องสามารถใช้ Computer ได้ ชำนาญพอใช้-ดี ขอให้ระบุ

ใช้ได้ชำนาญพอใช้ ใช้ได้ชำนาญดี

**คุณสมบัติเครื่องคอมพิวเตอร์ สำหรับผู้รับการอบรมกลุ่มใช้โปรแกรม**

* ***นำเครื่องคอมพิวเตอร์พกพา (Note book) ส่วนบุคคลมาเอง (Windows XP ขึ้นไป) ที่มีหน้าจอตั้งแต่ 12 นิ้วขึ้นไป***
* ***เครื่องคอมพิวเตอร์ที่นำมาจะต้องมีช่องใส่แผ่น CD เนื่องจากโปรแกรมจะใช้แผ่น CD ในการติดตั้ง***

ค่าลงทะเบียนคนละ **1,500** บาท จะได้รับแผ่นโปรแกรม **โรงเรียนละ** 1 แผ่น พร้อมคู่มือการใช้

**การชำระเงินลงทะเบียน** ขอให้ชำระเงินจำนวน.................. บาท พร้อมส่งใบสมัครนี้ได้ 2 ธนาคาร

1. โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 333-2-06159-2 **ธนาคารไทยพาณิชย์**

สาขา ม.มหิดล ชื่อบัญชี “นางอรพินท์ บรรจง”

2. โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 012-7-03978-2 **ธนาคารกรุงเทพ** สาขามหาวิทยาลัยมหิดล

ศาลายา ชื่อบัญชี “INMUCAL”

**ระบุชื่อที่ต้องการให้ออกใบเสร็จให้ชัดเจน** ................................................................................................

.....................................................................................................................................................................

**ส่งใบสมัคร พร้อมหลักฐานการโอนเงิน ทางโทรสาร (Fax) 02-4419344**

ถึงคุณศุจินทรา สมประชา หรือ ส่งใบสมัครและสแกนใบโอนเงินส่ง e-mail: sujinthra.som@mahidol.ac.th

**หมายเหตุ :** ผู้ที่**ไม่**ชำระเงินก่อนวันหมดเขตรับสมัครจะถูกตัดสิทธิเข้ารับอบรมในกรณีที่มีผู้สมัครเกินจำนวนที่กำหนด

ลงชื่อผู้สมัคร 1 ………………………………. ลงชื่อผู้สมัคร 2 ……………………………….

(……………………………….) (……………………………….)

วันที่สมัคร ……………………………….