

แบบฟอร์มใบสมัครอบรม

กรุณา SCAN ส่งใบสมัคร /หลักฐานการชำระเงินมาที่ E-mail : hrdeesolution@gmail.com สอบถามเพิ่มเติม เบอร์โทร 087-0718100

ชื่อหลักสูตรวันที่อบรม.....
 ชื่อผู้กรอกใบสมัคร ตำแหน่ง.....
 เบอร์โทร เบอร์มือถือ.....
 E-mail :

รายชื่อผู้ที่ต้องการออกใบอุฉนิบัตรรับรอง(กรุณาพิมพ์/เขียนตัวบรรจง)

ลำดับ	ชื่อ	นามสกุล	ตำแหน่งงาน	เบอร์มือถือ	E-mail
1					
2					
3					

รายละเอียดการออก Receipt/Tax Invoice สำนักงานใหญ่ สาขาที่.....

ชื่อบริษัท.....
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร ประเภทธุรกิจ.....
 เลขที่.....หมู่.....อาคาร..... ชั้นที่.....ตรอก/ซอย.....
 ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

รายละเอียดการชำระเงิน (รับใบเสร็จ/ใบกำกับภาษี ณ วันอบรม)



รายละเอียดการออกหนังสือรับรองหัก ณ ที่จ่าย 3 % (กรณานำมาให้ ณ วันอบรม)

บริษัท เอชอาร์ ดี โซลูชัน จำกัด(สำนักงานใหญ่)

29 ซอยเพชรเกษม 82 แยก 4 แขวงบางแคเหนือ เขตบางแค จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10160 TAX ID 0105558176147

ประทับตราบริษัท
(ถ้ามี)

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจอนุมัติ(ลูกค้า)

(.....)ตัวบรรจง