**แบบตอบรับการเข้าร่วมการสัมมนา (สำหรับองค์กร/หน่วยงาน/ผู้สนใจทั่วไปโครงการปีงบประมาณ 2561)**

**สิ่งที่ส่งมาด้วย 2**

**“ยกระดับการรับรองสมรรถนะบุคลากรไทยสู่สากล ด้วย มอช.”**

**วันพุธที่ 31 ตุลาคม 2561 ณ ห้อง Mayfair Ballroom A ชั้น 11 โรงแรมเบอร์เคลีย์ ประตูน้ำ**

ชื่อองค์กร/หน่วยงาน..................................................................................................................................................

ที่อยู่............................................................................................................................................................................

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

ชื่อผู้เข้าร่วมการสัมมนา จำนวนไม่เกิน 3 ท่าน (กรุณาพิมพ์หรือเขียน ชื่อ-นามสกุล ให้ชัดเจน)

1. นาย/นาง/นางสาว .............................................................. ตำแหน่ง......................................................

 โทรศัพท์ ................................ โทรสาร .................................. E-mail .......................................................

1. นาย/นาง/นางสาว .............................................................. ตำแหน่ง......................................................

 โทรศัพท์ ................................ โทรสาร .................................. E-mail .......................................................

1. นาย/นาง/นางสาว .............................................................. ตำแหน่ง......................................................

 โทรศัพท์ ................................ โทรสาร .................................. E-mail .......................................................

4) นาย/นาง/นางสาว .............................................................. ตำแหน่ง......................................................

 โทรศัพท์ ................................ โทรสาร .................................. E-mail .......................................................

5) นาย/นาง/นางสาว .............................................................. ตำแหน่ง......................................................

 โทรศัพท์ ................................ โทรสาร .................................. E-mail .......................................................

**กรุณาตอบกลับ สถาบันรับรองมาตรฐานไอเอสโอ ฝ่ายบริการเทคนิค แผนกพัฒนาระบบงาน ภายในวันที่ 19 ตุลาคม 2561 ด้วย จักขอบคุณยิ่ง**

**คุณวิกานดา ภูมี/ คุณปิยะภรณ์ ตั้งสังวรธรรมะ/ คุณปิยรัตน์ หมื่นศรีชัย/ คุณรัชดา ลับไพรี/ คุณจุฑามาส กันทอง/ คุณพนิดา ภัควันต์**

**โทรศัพท์ 0-2617-1727 ต่อ 805-807 โทรสาร 0-2617-1703 E-mail:** **qsdproject@masci.or.th**