

แบบตอบรับ

การประชุมปรึกษาหารือความร่วมมือในการจัดหลักสูตรปริญญาตรีต่อเนื่อง ๒ ปี

วันจันทร์ที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.

ณ ห้องประชุม ๑ ชั้น ๒ อาคารโรงอาหาร วิทยาลัยเทคนิคลำปาง

สถานศึกษา.....วิทยาลัย.....

ยินดีเข้าร่วมประชุม จำนวน.....คน ตามรายชื่อ ดังนี้

- | | |
|-----------------------------------|---------------|
| ๑. ชื่อ (นาย, นาง, นางสาว) _____ | ตำแหน่ง _____ |
| ๒. ชื่อ (นาย, นาง, นางสาว) _____ | ตำแหน่ง _____ |
| ๓. ชื่อ (นาย, นาง, นางสาว) _____ | ตำแหน่ง _____ |
| ๔. ชื่อ (นาย, นาง, นางสาว) _____ | ตำแหน่ง _____ |
| ๕. ชื่อ (นาย, นาง, นางสาว) _____ | ตำแหน่ง _____ |
| ๖. ชื่อ (นาย, นาง, นางสาว) _____ | ตำแหน่ง _____ |
| ๗. ชื่อ (นาย, นาง, นางสาว) _____ | ตำแหน่ง _____ |
| ๘. ชื่อ (นาย, นาง, นางสาว) _____ | ตำแหน่ง _____ |
| ๙. ชื่อ (นาย, นาง, นางสาว) _____ | ตำแหน่ง _____ |
| ๑๐. ชื่อ (นาย, นาง, นางสาว) _____ | ตำแหน่ง _____ |

ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้

ส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุม ตามรายชื่อ ดังนี้

- | | |
|----------------------------------|---------------|
| ๑. ชื่อ (นาย, นาง, นางสาว) _____ | ตำแหน่ง _____ |
| ๒. ชื่อ (นาย, นาง, นางสาว) _____ | ตำแหน่ง _____ |
| ๓. ชื่อ (นาย, นาง, นางสาว) _____ | ตำแหน่ง _____ |
| ๔. ชื่อ (นาย, นาง, นางสาว) _____ | ตำแหน่ง _____ |
| ๕. ชื่อ (นาย, นาง, นางสาว) _____ | ตำแหน่ง _____ |

หมายเหตุ กรุณาตอบกลับภายในวันศุกร์ที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๖ ก่อนเวลา ๑๒.๐๐ น.