



ใบสมัครเข้าร่วมโครงการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยการขูดหินปูน

วันเสาร์ที่ 9 พฤศจิกายน 2562 เวลา 09.00 น.

ณ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รับสมัครระหว่างวันที่ 16 กันยายน – 31 ตุลาคม 2562

วันที่.....เดือน..... 2562

นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขที่.....

สังกัด.....โทรศัพท์ 053-..... โทรศัพท์มือถือ.....

มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการฯ ในวันเสาร์ที่ 9 พฤศจิกายน 2562 ณ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พร้อมกันนี้ได้ชำระเงิน ค่ามัดจำการลงทะเบียน จำนวน 300.- บาท (สามร้อยบาทถ้วน) เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)



สำเนา ใบลงทะเบียนโครงการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยการขูดหินปูน

วันเสาร์ที่ 9 พฤศจิกายน 2562 เวลา 09.00 น.

ณ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



วันที่.....เดือน..... 2562

นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขที่.....

ได้ชำระเงินค่ามัดจำโครงการฯแล้ว จำนวน 300.- บาท (สามร้อยบาทถ้วน)

หมายเหตุ

1. ประกาศรายชื่อในวันที่ 4 พฤศจิกายน 2562 ณ สำนักงานสหกรณ์ฯ, สาขาสวนดอก และทางเว็บไซต์ www.savingscmu.or.th
2. กรุณาเข้าร่วมโครงการฯตามช่วงเวลาที่ได้เลือกไว้
3. หากมีผู้สมัครเข้าร่วมโครงการฯเป็นจำนวนมาก สอ.มช. ขอสงวนสิทธิ์ให้กับสมาชิกที่ไม่เคยเข้าร่วมโครงการใดๆมาก่อน
4. สอ.มช. จะคืนเงินค่ามัดจำให้แก่สมาชิกที่ไม่ได้สิทธิเข้าร่วมโครงการฯ โดยคืนเข้าบัญชีเงินฝากสหกรณ์ของสมาชิกภายใน วันที่ 13 พฤศจิกายน 2562