ใบสมัครเข้าร่วมโครงการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยการขูดหินปูน

วันเสาร์ที่ 3 พฤศจิกายน 2561 เวลา 09.00 น.

ณ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รับสมัครระหว่างวันที่ 14 กันยายน – 19 ตุลาคม 2561

วันที่.....เดือน..... 2561

นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขที่.....

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

มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการฯ ในวันเสาร์ที่ วันเสาร์ที่ 3 พฤศจิกายน 2561 ณ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ช่วงเวลาดังต่อไปนี้ พร้อมกันนี้ได้ชำระเงิน***ค่ามัดจำการลงทะเบียน*** จำนวน 200.- บาท (สองร้อยบาทถ้วน) เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สำเนา ใบลงทะเบียนโครงการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยการขูดหินปูน

วันเสาร์ที่ 3 พฤศจิกายน 2561 เวลา 09.00 น.

ณ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆

วันที่.....เดือน..... 2561

นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขที่.....

ได้ชำระเงินค่ามัดจำโครงการฯแล้ว จำนวน 200.- บาท (สองร้อยบาทถ้วน) โดยประสงค์เข้าร่วมโครงการในช่วงเวลา

หมายเหตุ

1. *ประกาศรายชื่อในวันที่ 26 ตุลาคม* ณ สำนักงานสหกรณ์ฯ, สาขาสวนดอก และทางเว็บไซต์ www.savingscmu.or.th
2. กรุณา*เข้าร่วมโครงการฯตามช่วงเวลาที่ได้เลือกไว้*
3. หากมีผู้สมัครเข้าร่วมโครงการฯเป็นจำนวนมาก สอ.มช. *ขอสงวนสิทธิ์ให้กับสมาชิกที่ไม่เคยเข้าร่วมโครงการใดๆมาก่อน*
4. สอ.มช. จะ*คืนเงินค่ามัดจำ*ให้แก่สมาชิกที่ไม่ได้สิทธิเข้าร่วมโครงการฯ *โดยคืนเข้าบัญชีเงินฝากสหกรณ์ของสมาชิกภายในวันที่ 7 พฤศจิกายน 2561*