



ใบสมัครเข้าร่วมโครงการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยการขูดหินปูน
วันเสาร์ที่ 19 ธันวาคม 2563 ลงทะเบียนเวลา 08.00 น.
ณ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน..... 2563

นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขที่.....

โทรศัพท์มือถือ..... เคยเข้าร่วม จำนวน... ครั้ง ไม่เคยเข้าร่วม

มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการฯ ในวันเสาร์ที่ 19 ธันวาคม 2563 ณ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พร้อมกันนี้ได้ชำระเงิน**ค่ามัดจำการลงทะเบียน** จำนวน 300.- บาท (สามร้อยบาทถ้วน) เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)



สำเนา
ใบลงทะเบียนโครงการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยการขูดหินปูน
วันเสาร์ที่ 19 ธันวาคม 2563
ณ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



วันที่.....เดือน..... 2563

นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกเลขที่.....

ได้ชำระเงิน**ค่ามัดจำ**โครงการฯ แล้ว จำนวน 300.- บาท (สามร้อยบาทถ้วน)

(ลงชื่อ)ผู้รับเงิน
(.....)

หมายเหตุ

1. ประกาศรายชื่อในวันที่ 4 ธันวาคม 2563 ณ สำนักงานสหกรณ์ฯ, สาขาสวนดอก และทางเว็บไซต์ www.savingscmu.or.th
2. หากมีผู้สมัครเข้าร่วมโครงการฯ เป็นจำนวนมาก สอ.มช. ขอสงวนสิทธิ์ให้กับสมาชิกที่ไม่เคยเข้าร่วมโครงการใดๆ มาก่อน
3. สอ.มช. จะคืนเงิน**ค่ามัดจำ**ให้แก่สมาชิกที่ไม่ได้สิทธิเข้าร่วมโครงการฯ โดยโอนเข้าบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์ ของสมาชิก ที่มีอยู่ในสหกรณ์ ในวันศุกร์ที่ 18 ธันวาคม 2563