

แบบตอบรับการทำความร่วมมือทางวิชาการ

ชื่อสถานประกอบการ.....

ที่อยู่.....ถนน/ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-Mail.....(โปรดระบุ)

สถานประกอบการท่านมีความยินดี

☐ เข้าร่วมทำความร่วมมือทางวิชาการ

ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ณ วิทยาลัยการอาชีพวังน้ำเย็น เวลา 10.00 น.

☐ เข้าร่วมทำความร่วมมือทางวิชาการ (โดยทางวิทยาลัยออกไปทำความร่วมมือ)

ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สถานที่.....

☐ ไม่เข้าร่วม

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้าส่วนราชการ/ผู้จัดการ/เจ้าของกิจการ