**แบบตอบรับ**

**ประชุมสัมมนาเตรียมความพร้อมก่อนการลงพื้นที่ดำเนินโครงการ**

**“การเรียนรู้ในชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากรของ มทร.ล้านนา”**

**วันที่ 25 - 26 ตุลาคม 2559**

**ณ ห้องประชุมคลังความรู้ชุมชน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ดอยสะเก็ด**

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา สังกัด ...................................................................................................

1. ชื่อ – นามสกุล..............................................................ตำแหน่ง…………………………………………….………………

เบอร์โทรศัพท์.....................................................................E-mail…………………..………………………………………….

ประสงค์จะเข้าพัก[ ] ไม่ประสงค์เข้าพัก [ ] มีความประสงค์เข้าพัก วันที่..............................................

1. นามสกุล.......................................................................ตำแหน่ง………………………………………………….…………

เบอร์โทรศัพท์.....................................................................E-mail…………………..………………………………………….

ประสงค์จะเข้าพัก[ ] ไม่ประสงค์เข้าพัก [ ] มีความประสงค์เข้าพัก วันที่..............................................

1. นามสกุล.......................................................................ตำแหน่ง…………………………………………….………………

เบอร์โทรศัพท์.....................................................................E-mail…………………..………………………………………….

ประสงค์จะเข้าพัก[ ] ไม่ประสงค์เข้าพัก [ ] มีความประสงค์เข้าพัก วันที่..............................................

1. นามสกุล......................................................................ตำแหน่ง………………………………..……………………………

เบอร์โทรศัพท์.....................................................................E-mail…………………..………………………………………….

ประสงค์จะเข้าพัก[ ] ไม่ประสงค์เข้าพัก [ ] มีความประสงค์เข้าพัก วันที่..............................................

1. นามสกุล.....................................................................ตำแหน่ง………………………………………………………………

เบอร์โทรศัพท์.....................................................................E-mail…………………..………………………………………….

ประสงค์จะเข้าพัก[ ] ไม่ประสงค์เข้าพัก [ ] มีความประสงค์เข้าพัก วันที่..............................................

**ประสงค์จะเบิกจ่ายค่าเดินทางหรือไม่** [ ] ไม่ประสงค์เบิกจ่าย

[ ] ประสงค์เบิก..........................................................(น้ำมันรถตู้เขตพื้นที่/ค่าโดยสารรถประจำทาง) จำนวน...............................บาท

\*\*หากประสงค์จะเบิกจ่ายค่าเดินทางจากโครงการ กรุณาเตรียมเอกสารที่ใช้ในการเบิกจ่ายดังนี้

1. บันทึกข้อความขออนุมัติเดินทางไปราชการ
2. หากใช้รถของมหาวิทยาลัย ให้นำเอกสารการขอรถแนบด้วย
3. กรณีเบิกค่าน้ำมันกรุณาแนบใบเสร็จค่าน้ำมันพร้อมเซ็นชื่อกำกับ ใบเสร็จรับเงินต้องเป็นชื่อ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000153899

เลขที่ 128 ถ.ห้วยแก้ว ต.ช้างเผือก อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50300

1. เขียนรายงานเดินทางของมหาวิทยาลัย (ขอแบบฟอร์มจากคณะกรรมการจัดงาน)

**กรุณาส่งแบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม**

1. ติดต่อประสานงาน คุณฉัตวณัฐ มโนพฤกษ์ โทร (053) 266518 ต่อ 1049 หรือ 088-912-8745

หรือ คุณหนึ่งฤทัย แสงใส โทร (053) 266518 ต่อ 1049 หรือ 089-429-9275

1. โปรดส่งแบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม **ภายใน วันที่ 20 ตุลาคม 2559 ก่อนเวลา 16.00 น.**

โทรสาร (053) 266522 / (053) 266518 ต่อ 1042 หรือ อีเมล์ ummcha\_cm84@hotmail.com, nuengrutai\_s@hotmail.com