

แบบตอบรับเข้าร่วม
โครงการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ
วันจันทร์ที่ ๒๘ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ชื่อ - สกุล
ที่อยู่
อายุ..... ปี โทรศัพท์..... โทรสาร

() ตอบรับเข้าร่วม () ไม่สามารถเข้าร่วม ขอมอบหมายผู้แทน

ชื่อ - สกุลตำแหน่ง.....
ที่อยู่
อายุ..... ปี โทรศัพท์..... โทรสาร

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบตอบรับ กลับสำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านยาง
งานสวัสดิการสังคม โทร ๐ ๓๔๙๖ ๖๗๒๓
ผู้ประสาน น.ส.สุรางค์ธิดา สุชาทรัพย์ โทร. ๐๙ ๖๕๕๙ ๘๙๙๕
ผู้ประสาน น.ส.ธัญฉัตรรัตน์ มั่นคง โทร. ๐๘ ๔๔๑๓ ๓๖๔๑
ภายในวันที่ ๑๘ เดือน สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๖

