



สำหรับเจ้าหน้าที่

วันที่รับ _____

ผู้รับ _____

ลำดับที่ _____

ใบสมัครอบรมหลักสูตร Key Man Protection

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ..... นามสกุล สมาชิกเลขที่

Mr./Mrs./Miss Last Name

สังกัดบริษัท ตำแหน่ง

เข้าสู่ธุรกิจประกันชีวิตเมื่อ

สถานที่ติดต่อสะดวก

โทรศัพท์ โทรสาร มือถือ

E-mail

มีความประสงค์สมัครอบรม (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ เพื่อเลือกวันที่ต้องการอบรม)

 หลักสูตร Key Man Protection (พื้นฐาน) หลักสูตร Key Man Protection Advance 27 มกราคม 2555 17 กุมภาพันธ์ 2555 20 เมษายน 2555 11 พฤษภาคม 2555 13 กรกฎาคม 2555 10 สิงหาคม 2555 12 ตุลาคม 2555 16 พฤศจิกายน 2555

ค่าลงทะเบียน หลักสูตรละ 3,000.-/ท่าน (2 เบรค + 1 อาหารกลางวัน)

อบรมหลักสูตรเดียวกัน ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ลดเหลือ หลักสูตรละ 2,500.-/ท่าน

การชำระเงิน

 เงินสด โอนเงิน บัญชี “ สมาคมตัวแทนประกันชีวิตและที่ปรึกษาการเงิน ”

ธ.กรุงศรีอยุธยา / สุรวงศ์ เลขที่บัญชี 125 - 9 - 27460 - 3

 VISA MASTER CARD ธนาคารผู้ออกบัตร

หมายเลขบัตร วันหมดอายุบัตร/.....

ชื่อผู้ถือบัตร รหัส 3 ตัวบนแถบลายเซ็นหลังบัตร

ลายเซ็นผู้ถือบัตร ลงชื่อ ผู้สมัคร

ออกใบเสร็จในนาม

หมายเหตุ - ผู้สมัครต้องเป็นสมาชิกของสมาคมตัวแทนประกันชีวิตและที่ปรึกษาการเงิน

- ไม่อนุญาตให้บันทึกภาพ และเสียง ตลอดการบรรยาย

- ขึ้นเอกสารได้ที่สมาคมฯ หรือ FAX . 02-631-6881

สมาคมตัวแทนประกันชีวิตและที่ปรึกษาการเงิน 138 อาคารจิวเวลเลอร์ ชั้น 12 ห้อง138/32 ถ.นเรศ เขตบางรัก กทม.10500

โทร.0-2631-5885 โทรสาร 0-2631-6881 E-mail : info@thaiifa.com