



สำหรับเจ้าหน้าที่

วันที่รับ _____

ผู้รับ _____

ลำดับที่ _____

ใบสมัครอบรมหลักสูตร Key Man Protection รุ่นที่ 17

วันศุกร์ที่ 29 เมษายน 2554 เวลา 08.30 – 16.30 น.

ณ โรงแรมเดอะทวินทาวเวอร์ ถ.รองเมือง

วันที่.....

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ _____ นามสกุล _____ สมาชิกเลขที่ _____

Mr./Mrs./Miss _____ Last Name _____

สังกัดบริษัท _____ ตำแหน่ง _____

เข้าสู่ธุรกิจประกันชีวิตเมื่อ _____

สถานที่ติดต่อสะดวก _____

โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____ มือถือ _____

E-mail _____

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

การชำระเงิน

เงินสด โอนเงิน บัญชี “ สมาคมตัวแทนประกันชีวิต ” ช.กรุงศรีอยุธยา / สุรวงศ์ เลขที่บัญชี 125 - 9 - 27460 - 3

VISA MASTER CARD ธนาคารผู้ออกบัตร

หมายเลขบัตรวันหมดอายุบัตร

ชื่อผู้ถือบัตรรหัส 3 ตัวหลังบัตร

ลายเซ็นผู้ถือบัตร ลงชื่อผู้สมัคร

ออกใบเสร็จในนาม

.....

หมายเหตุ ยื่นเอกสารได้ที่สมาคมฯ หรือ FAX . 02-631-6881 ภายในวันศุกร์ที่ 22 เมษายน 2554

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

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