ใบสมัครอบรมสมาธิภาวนาเพื่อการบำบัดโรค
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
วิทยาเขตขอนแก่น

รูปภาพ
ผู้สมัคร

๑.ชื่อนำ : ☐พระครู ☐พระมหา ☐พระ ☐สามเณร ☐แม่ชี ☐นาย ☐นาง ☐นางสาว ☐อื่นๆ.....

๒. ชื่อ .....ฉายา.....นามสกุล.....

๓. ตำแหน่ง.....ระดับ.....

๔. สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....
โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

๕. ปัจจุบันท่านได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่อะไรบ้าง

๑. .....

๒. .....

๓. .....

๖. ข้าพเจ้าขอสมัครเข้ารับการฝึกอบรมสมาธิภาวนาเพื่อการบำบัดโรค

☐รุ่นที่ ๑ วันที่ ๒๕-๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
☐รุ่นที่ ๒ วันที่ ๒๕-๒๖ มีนาคม ๒๕๖๖

ณ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชงิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น และข้าพเจ้าขอรับรองว่าสามารถเข้ารับการอบรมได้ตลอดหลักสูตร

(ลงชื่อ) ผู้สมัคร.....
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

<u>หมายเหตุ</u>

๑.โปรดส่งใบสมัครกลับไปยังวิทยาลัยสงฆ์ขอนแก่น **<u>ภายในวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖</u>**

๒.สอบถามได้ที่ห้องวิทยาลัยสงฆ์ขอนแก่น ชั้น ๒ อาคารสำนักงานรองอธิการบดี สมเด็จพระพุฒาจารย์ (เกี่ยว อุปเสณมหาเถระ) มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น เลขที่ ๓๐ ม.๑ บ.โคกสี ต.โคกสี อ.เมือง จ.ขอนแก่น ๔๐๐๐๐ ติดต่อ พระครูปลัดนรบดิพ ถาวรธมฺโม,ดร. โทร ๐๘๒-๖๘๒๖๖๒๔ นายชัยรัตน์ มาสอน โทร ๐๘๖-๕๑๕๕๙๖ นางประกายเพชร ชารินทร์ โทร.๐๙๓-๔๘๐๖๔๔๖ นายธนรัฐ อดทน โทร ๐๙๒-๙๑๓๒๘๘๗

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

กลุ่มงานทะเบียนและวัดผล สำนักวิชาการวิทยาเขตขอนแก่น ชั้น ๑ อาคารสำนักงานรองอธิการบดี สมเด็จพระพุฒาจารย์ (เกี่ยว อุปเสณมหาเถร) มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น เลขที่ ๓๐ ม.๑ บ.โคกสี ถ.ขอนแก่น-น้ำพอง ต.โคกสี อ.เมือง จ.ขอนแก่น ๔๐๐๐๐