

แบบตอบรับเข้าร่วมพิธีถวายผ้าพระกฐินพระราชทาน ประจำปี ๒๕๖๔

วันจันทร์ที่ ๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔ เวลา ๐๘.๓๐ น.

ณ วัดศรีอุบลรัตนาราม (พระอารามหลวง) ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

๑. ผู้เข้าร่วมพิธีถวายผ้าพระกฐินพระราชทาน ประจำปี ๒๕๖๔ ดังนี้

ชื่อ-นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

โทรศัพท์.....โทรสาร..... E-mail.....

ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) อย่างน้อยจำนวน ๒ เข็ม โปรตระบูชี่อวัคซีน

เข็มที่ ๑ วัคซีนชื่อ.....

เข็มที่ ๒ วัคซีนชื่อ.....

โดยมีผู้ติดตาม จำนวน ๒ คน คือ

๑. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) อย่างน้อยจำนวน ๒ เข็ม โปรตระบูชี่อวัคซีน

เข็มที่ ๑ วัคซีนชื่อ.....

เข็มที่ ๒ วัคซีนชื่อ.....

๒. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) อย่างน้อยจำนวน ๒ เข็ม โปรตระบูชี่อวัคซีน

เข็มที่ ๑ วัคซีนชื่อ.....

เข็มที่ ๒ วัคซีนชื่อ.....

๒. ☐ เดินทางโดยรถยนต์ส่วนตัว

☐ เดินทางโดยรถมหาวิทยาลัยฯ

หมายเหตุ ๑. ผู้ที่ประสงค์เดินทางโดยรถมหาวิทยาลัยฯ ขึ้นรถ เวลา ๐๘.๐๐ น. ณ บริเวณด้านหน้าอาคารเรียนและปฏิบัติการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

๒. ข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา/ พนักงานในสถาบันอุดมศึกษา (วิชาการ-สนับสนุน) พนักงานราชการ แต่งกายเครื่องแบบปกติขาว (ไม่สวมหมวก) / ประชาชนทั่วไป แต่งกายเครื่องแบบขอเฝ้าชุดผ้าไทย ผ้าพื้นเมือง หรือชุดสุทสาณ

ลงชื่อ.....ผู้ประสานงาน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕๖๔

หมายเลขโทรศัพท์ผู้ประสานงาน.....

*** กรุณาส่งแบบตอบรับไปยังสำนักศิลปะและวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

โทร.๐๔๕-๓๕๒๐๐๐ ต่อ ๑๐๔๐, ๑๐๓๔ โทรสาร. ๐๔๕-๓๕๒๑๒๙

ภายในวันพุธที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๔

แบบตอบรับเข้าร่วมพิธีถวายผ้าพระกฐินพระราชทาน ประจำปี ๒๕๖๔

วันจันทร์ที่ ๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔ เวลา ๐๘.๓๐ น.

ณ วัดศรีอุบลรัตนาราม (พระอารามหลวง) ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

๑. ผู้เข้าร่วมพิธีถวายผ้าพระกฐินพระราชทาน ประจำปี ๒๕๖๔ ดังนี้

ชื่อ-นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....

ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) อย่างน้อยจำนวน ๒ เข็ม โปรตระบูชี่วัคซีน

เข็มที่ ๑ วัคซีนชื่อ.....

เข็มที่ ๒ วัคซีนชื่อ.....

๒. ☐ เดินทางโดยรถยนต์ส่วนตัว

☐ เดินทางโดยรถมหาวิทยาลัยฯ

หมายเหตุ ๑. ผู้ที่ประสงค์เดินทางโดยรถมหาวิทยาลัยฯ ขึ้นรถ เวลา ๐๘.๐๐ น. ณ บริเวณด้านหน้าอาคารเรียนและปฏิบัติการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

๒. ข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา/ พนักงานในสถาบันอุดมศึกษา (วิชาการ-สนับสนุน) พนักงานราชการ แต่งกายเครื่องแบบปกติขาว (ไม่สวมหมวก) / ประชาชนทั่วไป แต่งกายเครื่องแบบขอเฝ้าชุดผ้าไทย ผ้าพื้นเมือง หรือชุดสุทสาทล

ลงชื่อ.....ผู้ประสานงาน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕๖๔

หมายเลขโทรศัพท์ผู้ประสานงาน.....

*** กรุณาส่งแบบตอบรับไปยังสำนักศิลปะและวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

โทร.๐๔๕-๓๕๒๐๐๐ ต่อ ๑๐๔๐, ๑๐๓๔ โทรสาร. ๐๔๕-๓๕๒๑๒๙

ภายในวันพุธที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๔