

ใบสมัครเข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับครูศิลปะ ประจำปี 2559

ชื่อ - สกุล นาย/นาง/นางสาว.....

ชื่อ-สกุลภาษาอังกฤษ Mr. / Mrs. / Miss

วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี

โทรศัพท์ (ที่สะดวกในการติดต่อ)Email.....

โรงเรียน หรือหน่วยงานที่สังกัด.....

ที่อยู่ โรงเรียน หรือหน่วยงาน.....

ระดับชั้นที่สอน ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย

จบการศึกษาด้านศิลปะโดยตรงหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ (โปรดระบุ).....

ข้อจำกัดด้านอาหาร (มังสวิรัต, ไม่ทานเนื้อ, ฯลฯ).....

ข้อมูลสุขภาพ

สุขภาพร่างกาย ปกติดี สุขภาพจิต ปกติดี

มีโรคประจำตัว (โปรดระบุ).....

การปฐมพยาบาลเบื้องต้น.....

ยาประจำตัว.....

ท่านคาดหวังอะไรจากการเข้าร่วมอบรม.....

ท่านเคยเข้าร่วมโครงการหรือไม่ ไม่เคย เคยเข้าร่วมมาแล้ว.....ครั้ง

สมัครเข้าร่วมโครงการ ครั้งที่ 1 วันที่ 19-20 ตุลาคม 2559

ครั้งที่ 2 วันที่ 26-27 ตุลาคม 2559

ข้าพเจ้าผู้สมัครเข้าร่วมโครงการ ยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการให้ครบถ้วนตามวันและเวลาที่ระบุ หากข้าพเจ้า ไม่ทำตามเงื่อนไข ข้าพเจ้าขอคืนเอกสารการรับรองใดๆ ทั้งสิ้น

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่...../...../.....

ส่งใบสมัครได้ที่ Email : education@bac.or.th หรือแฟกซ์ 02-214-6639 เลือกเพียง 1 ช่องทางที่สะดวก

*** กำหนดส่งใบสมัครได้ถึงวันศุกร์ที่ 30 กันยายน 2559 เท่านั้น