



รูปถ่าย

ใบสมัครเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการวิชาชีพทางการศึกษา ประจำปี พ.ศ.2562

ตำแหน่ง ☐ ผู้บริหารสถานศึกษา ☐ คีษานินเทศก์

๑. ประวัติส่วนตัว

๑.๑ ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว)

๑.๒ วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ภูมิลาเนา ศาสนา.....

๑.๓ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ E-mail

LINE ID

๑.๔ โรคประจำตัว

๑.๕ ข้อจำกัดด้านอาหาร โปรดระบุ.....

๒. ประวัติการทำงาน

๒.๑ ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....ระดับวิทยฐานะ

๒.๒ อายุการปฏิบัติงานในตำแหน่งที่สมัคร.....ปี

๒.๓ สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

สังกัด

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ถนนตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ E-mail

๓. ประวัติการศึกษา

ระดับการศึกษา	วุฒิการศึกษา	สาขา	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จ
ปริญญาตรี				
ปริญญาโท				
ปริญญาเอก				

๔. ประสบการณ์ในการเข้ารับการอบรมในต่างประเทศ (ถ้ามี) ระบุได้มากกว่า ๑ หลักสูตร

หลักสูตร ณ ประเทศ

ระยะเวลาในการเข้ารับการอบรม..... จัดโดย.....

หลักสูตร ณ ประเทศ

ระยะเวลาในการเข้ารับการอบรม..... จัดโดย.....

หลักสูตร ณ ประเทศ

ระยะเวลาในการเข้ารับการอบรม..... จัดโดย.....

๕. ประสบการณ์ในการใช้ความรู้ ด้านการจัดการชั้นเรียนให้มีคุณภาพ (classroom management)

หรือ ด้านภาวะผู้นำ (Leadership) เข้ามาใช้ในสถานศึกษา/การปฏิบัติงาน

.....

.....

.....

.....

.....

๖. เหตุผลที่สนใจในการสมัครเข้าร่วมโครงการ (โปรดระบุ)

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้รับทราบรายละเอียดข้อมูลเงื่อนไขการสมัครเข้าร่วมโครงการฯ พร้อมยินดีปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

...../...../.....