



ที่ ศธ ๐๒๑๐.๕๖/๒๖๖

สำนักงาน กศน.จังหวัดภูเก็ต  
ถนนดำรง ภูเก็ต ๘๓๐๐๐

๒๙ มีนาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมอบรมครูสะเต็มศึกษา

เรียน ผู้อำนวยการ กศน.อำเภอเมืองภูเก็ต / อำเภอถลาง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม จำนวน ๑ ฉบับ  
๒. แบบตอบรับเข้าร่วมการอบรม จำนวน ๑ ชุด

ด้วย ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาฯ จะดำเนินการอบรมครูสะเต็มศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ระดับละ ๔๐ คน โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นครูอาสาสมัคร กศน. และครู กศน.ตำบล

ในการนี้ ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาฯ ได้ขอความร่วมมือให้สถานศึกษาพิจารณาส่งครูอาสาสมัคร กศน. และครู กศน.ตำบล เข้าร่วมอบรมครูสะเต็มศึกษา (ระยะเวลาตามกำหนดการที่ส่งมาพร้อมนี้) โดยส่งแบบตอบรับให้ สำนักงาน กศน.จังหวัดภูเก็ต ภายในวันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๒ เพื่อรวบรวมส่งให้ ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาฯ ตามกำหนด และขอความอนุเคราะห์เบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการจากต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางนภา จิโรภาส)

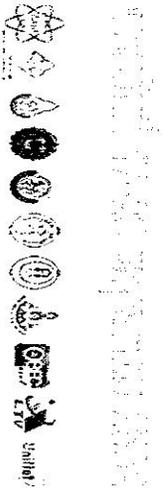
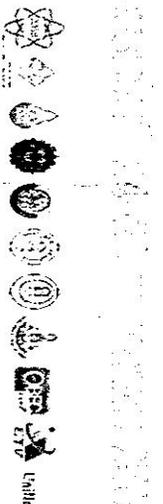
ผู้อำนวยการสำนักงาน กศน.จังหวัดภูเก็ต

กลุ่มงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบ

โทร. ๐ ๗๖๒๒ ๑๘๐๑

โทรสาร ๐ ๗๖๒๒ ๓๓๐๘

# กำหนดการอบรม

<p><b>การอบรมครูผู้สอน</b> <b>บ.ต้น</b> โครงการบูรณาการระดับศึกษา ปีงบประมาณ 2562</p> <p>ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการจังหวัดเชียงใหม่ ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอำเภอเมืองภูเก็ต</p> 	<p><b>การอบรมครูผู้สอน</b> <b>บ.ปลาย</b> โครงการบูรณาการระดับศึกษา ปีงบประมาณ 2562</p> <p>ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการจังหวัดเชียงใหม่ ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอำเภอเมืองภูเก็ต</p> 	<p><b>การอบรมครูผู้สอน</b> <b>ประเภทศึกษาต่อ</b> โครงการบูรณาการระดับศึกษา ปีงบประมาณ 2562</p> <p>ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการจังหวัดเชียงใหม่ ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอำเภอเมืองภูเก็ต</p> 
<p>กศน.อำเภอถลาง จำนวน 2 คน กศน.อำเภอเมืองภูเก็ต จำนวน 3 คน</p>	<p>กศน.อำเภอถลาง จำนวน 2 คน กศน.อำเภอเมืองภูเก็ต จำนวน 3 คน</p>	<p>กศน.อำเภอถลาง จำนวน 2 คน กศน.อำเภอเมืองภูเก็ต จำนวน 3 คน</p>

แบบตอบรับการอบรมครูสะเต็มศึกษาตามโครงการอบรมครูสะเต็มศึกษาด้วยระบบทางไกล  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒  
ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาตรัง

กศน.อำเภอ..... E-mail : .....

๑. ชื่อผู้เข้าร่วมอบรมครูสะเต็มศึกษา เรื่องขนส่งทันใจลื่นไหลก็ไม่กลัว ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น  
(ระหว่างวันที่ ๙ - ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

๑) ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....  
เลขบัตรประชาชน.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
เบอร์โทรศัพท์.....E-mail : .....

อาหาร  ธรรมดา  มุสลิม  มังสวิรัต  
ที่พัก  เข้าพัก ณ หอพักศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาตรัง  จัดหาที่พักเอง

๒) ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....  
เลขบัตรประชาชน.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
เบอร์โทรศัพท์.....E-mail : .....

อาหาร  ธรรมดา  มุสลิม  มังสวิรัต  
ที่พัก  เข้าพัก ณ หอพักศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาตรัง  จัดหาที่พักเอง

๓) ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....  
เลขบัตรประชาชน.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
เบอร์โทรศัพท์.....E-mail : .....

อาหาร  ธรรมดา  มุสลิม  มังสวิรัต  
ที่พัก  เข้าพัก ณ หอพักศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาตรัง  จัดหาที่พักเอง

๒. ชื่อผู้เข้าร่วมอบรมครูสะเต็มศึกษา เรื่องตรวจพันธุ์ทันด่วน ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย  
(ระหว่างวันที่ ๑๗ - ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

๑) ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....  
เลขบัตรประชาชน.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
เบอร์โทรศัพท์.....E-mail : .....

อาหาร  ธรรมดา  มุสลิม  มังสวิรัต  
ที่พัก  เข้าพัก ณ หอพักศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาตรัง  จัดหาที่พักเอง

๒) ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....  
เลขบัตรประชาชน.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
เบอร์โทรศัพท์.....E-mail : .....

อาหาร  ธรรมดา  มุสลิม  มังสวิรัต  
ที่พัก  เข้าพัก ณ หอพักศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาตรัง  จัดหาที่พักเอง

๓) ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....  
เลขบัตรประชาชน.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
เบอร์โทรศัพท์.....E-mail : .....

อาหาร  ธรรมดา  มุสลิม  มังสวิรัต  
ที่พัก  เข้าพัก ณ หอพักศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาตรัง  จัดหาที่พักเอง

๓. ชื่อผู้เข้าร่วมอบรมครูสะเต็มศึกษา เรื่องหนู หนูกับ Zoo ใหม่ ระดับประถมศึกษาตอนต้น  
(ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

- ๑) ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....  
เลขบัตรประชาชน.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
เบอร์โทรศัพท์.....E-mail : .....
- อาหาร  ธรรมดา  มุสลิม  มังสวิรัต  
ที่พัก  เข้าพัก ณ หอพักศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาตริง  จัดหาที่พักเอง
- ๒) ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....  
เลขบัตรประชาชน.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
เบอร์โทรศัพท์.....E-mail : .....
- อาหาร  ธรรมดา  มุสลิม  มังสวิรัต  
ที่พัก  เข้าพัก ณ หอพักศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาตริง  จัดหาที่พักเอง
- ๓) ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....  
เลขบัตรประชาชน.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
เบอร์โทรศัพท์.....E-mail : .....
- อาหาร  ธรรมดา  มุสลิม  มังสวิรัต  
ที่พัก  เข้าพัก ณ หอพักศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาตริง  จัดหาที่พักเอง

ลงชื่อ.....ผู้ประสานงาน  
(.....)  
ตำแหน่ง.....