



ที่ ศธ ๐๒๑๐.๕๖/๗๖๙

สำนักงาน กศน.จังหวัดภูเก็ต
ถนนดำรง ภูเก็ต ๘๓๐๐๐

๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง การอบรมหลักสูตรวิทยากรยุวกาชาด

เรียน ผู้อำนวยการ กศน.อำเภอทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรยุวกาชาด จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงาน กศน. ร่วมกับสำนักงานยุวกาชาด สภากาชาดไทย กำหนดจัดอบรมหลักสูตรวิทยากรยุวกาชาด ในระหว่างวันที่ ๒ - ๕ สิงหาคม ๒๕๖๕ ณ ศูนย์พัฒนาบุคลากรทางการลูกเสือ ยุวกาชาด และกิจกรรมเยาวชน “ผืน แจ่มวิชาสอน” เขตบางแค กรุงเทพมหานคร เพื่อให้ผู้เข้าอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ กิจกรรมอาสายุวกาชาด พร้อมทั้งใช้เป็นแนวทางบริหารการจัดกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน และกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิต (กพช.) ให้กับนักศึกษา กศน. ในสถานศึกษา

ในการนี้ สำนักงาน กศน. ขอเชิญชวนผู้บริหารและบุคลากรในสังกัด ที่มีอายุไม่เกิน ๕๕ ปี และสามารถเข้ารับการอบรมได้ครบตามหลักสูตร (๔ วัน ๓ คืน) ที่มีความประสงค์เข้ารับการอบรมหลักสูตรวิทยากรยุวกาชาด ตามวัน เวลา และสถานที่ ดังกล่าว จัดส่งใบสมัครเข้ารับการอบรมฯ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ไปยังกลุ่มส่งเสริมกิจการการศึกษาและเครือข่าย สำนักงาน กศน. ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ work_opd@hotmail.com ภายในวันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๕ ทั้งนี้ สำนักงาน กศน. รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการอบรม ประกอบด้วย ค่าเช่าที่พัก ค่าอาหาร อาหารว่างและเครื่องดื่ม สำหรับค่าใช้จ่ายในการเดินทางขอให้เบิกจากต้นสังกัด ซึ่งสำนักงาน กศน. จะแจ้งรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมให้ทราบต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายศักดิ์ดา ประชุม)

รองผู้อำนวยการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการสำนักงาน กศน.จังหวัดภูเก็ต

งานลูกเสือ - ยุวกาชาด

โทร. ๐ ๗๖๒๒ ๑๘๐๑

โทรสาร ๐ ๗๖๒๒ ๓๓๐๘



ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรวิทยากรยุวกาชาด
ระหว่างวันที่ ๒ - ๕ สิงหาคม ๒๕๖๕ ณ ศูนย์พัฒนาบุคลากรทางการลูกเสือ ยุวกาชาดและกิจกรรมเยาวชน
“ผืน แจ่มวิชาวาสอน” เขตบางแค กรุงเทพมหานคร

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี ศาสนา.....
ตำแหน่ง.....
สังกัดสำนักงาน กศน.จังหวัด.....
กศน.อำเภอ.....
โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์สำนักงาน.....
E-mail.....ID line.....
โรคประจำตัว.....
หากมีเหตุจำเป็นฉุกเฉินให้แจ้งที่.....โทรศัพท์มือถือ.....
อาหารที่รับประทานไม่ได้.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ระบุในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

หมายเหตุ คุณสมบัติผู้สมัครเป็นผู้บริหารหรือบุคลากรในสังกัดสำนักงาน กศน. จังหวัด/อำเภอ
ที่รับผิดชอบงานกิจกรรมอาสายุวกาชาด

กลุ่มส่งเสริมกิจการการศึกษาและเครือข่าย สำนักงานกศน.
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : work_opd@hotmail.com
กรุณาส่ง ภายในวันที่ ๑๗ มิถุนายน 2564