

แบบสมัครเข้ารับการอบรม  
หลักสูตรผู้ดำเนินการคัดกรองนักเรียนพิการเรียนร่วม  
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 1  
(กรณีสถานศึกษาที่ไม่มีบุคลากรผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดำเนินการคัดกรอง)

\*\*\*\*\*

ชื่อสถานศึกษา .....

กลุ่มสถานศึกษา.....อำเภอ.....

1. ชื่อ-สกุล ..... ตำแหน่ง.....  
โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

2. ชื่อ-สกุล ..... ตำแหน่ง.....  
โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

2. ชื่อ-สกุล ..... ตำแหน่ง.....  
โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

(ลงชื่อ)

ผู้บริหารสถานศึกษา

(.....)

.....

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

ทั้งนี้ กรุณาส่งแบบสมัครเข้ารับการอบรม ภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2557 ทางอีเมลของผู้ประสานงาน และหากมีข้อสงสัยเพิ่มเติม กรุณาสอบถามข้อมูลหรือรายละเอียดโครงการได้ที่ ผู้ประสานงานตามรายชื่อด้านล่างนี้ (โดยการอบรมครั้งนี้อาจจะเสียค่าใช้จ่ายในการเข้าอบรมบางส่วนเท่าที่จำเป็น) และจะแจ้งรายละเอียดการอบรม วัน เวลา สถานที่ ให้ทราบอีกครั้งหนึ่ง

ผู้ประสานงาน

1. ดร.พงษ์ศักดิ์ ภูกาบขาว โทร 081 975 8838
2. นายวรารัฐ ปัทมาพงษ์ โทร 081 054 7070

email: pongsak8910@yahoo.co.th

email: warawutkk1@hotmail.com