

ที่ ศธ ๐๔๑๑๔/ว



สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษามุกดาหาร
ถนนวิจิตรสุรการ อำเภอเมืองมุกดาหาร
จังหวัดมุกดาหาร ๔๙๐๐๐

๒๒ มกราคม ๒๕๕๙

เรื่อง การฝึกอบรมผู้บังคับบัญชาลูกเสือ หลักสูตรผู้กำกับลูกเสือสามัญ ชั้นความรู้ชั้นสูง (A.T.C.)

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนในสังกัดทุกโรงเรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัคร จำนวน ๑ ชุด

ด้วย สำนักงานลูกเสือเขตพื้นที่การศึกษามุกดาหาร ได้จัดทำโครงการฝึกอบรมผู้บังคับบัญชาลูกเสือ หลักสูตรผู้กำกับลูกเสือสามัญ ชั้นความรู้ชั้นสูง (A.T.C.) ระหว่างวันที่ ๒๓ - ๓๐ มีนาคม ๒๕๕๙ ณ ค่ายลูกเสือชั่วคราวโรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดมุกดาหาร อำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร

ในการนี้ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษามุกดาหาร จึงแจ้งให้โรงเรียนที่มีกองลูกเสือสามัญในโรงเรียน และยังไม่มีผู้กำกับลูกเสือสามัญ หรือยังไม่มีวุฒิทางลูกเสือประเภทสามัญ ชั้นความรู้ชั้นสูง ได้ส่งบุคลากรให้เข้ารับการฝึกอบรม โดยแจ้งรายชื่อ พร้อมค่าสมัครคนละ ๓,๕๐๐ บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน) ถึงสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษามุกดาหาร กลุ่มส่งเสริมการจัดการศึกษา ภายในวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๕๙ สอบถามรายละเอียดได้ที่นางสาวศิริพรรณ โพธิ์แฉล้ม โทร.๐๘-๘๕๖๑-๔๐๕๓ อนึ่ง สำหรับผู้บริหารสถานศึกษา หรือรองผู้บริหารสถานศึกษา ที่ยังไม่มีวุฒิทางลูกเสือให้สมัครเข้ารับการฝึกอบรมในครั้งนี้ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายเจริญ ศรีรุ่งศ์)

รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษามุกดาหาร

กลุ่มส่งเสริมการจัดการศึกษา

โทร.๐๔๒-๖๑๑-๕๓๒ ต่อ ๑๗

โทรสาร ๐-๔๒๖๑-๓๐๔๐

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรมผู้บังคับบัญชาลูกเสือ
หลักสูตรผู้กำกับลูกเสือสามัญ ชั้นความรู้ชั้นสูง (A.T.C.)

ระหว่างวันที่ ๒๓ - ๓๐ มีนาคม ๒๕๕๙

ณ ค่ายลูกเสือชั่วคราวโรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดมุกดาหาร อำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร

๑. ประวัติส่วนตัว

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ซอย.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ตำแหน่งหน้าที่/การงานปัจจุบัน.....
สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ.....
E - mailคุณวุฒิการศึกษา.....
จากสถานศึกษา.....
ตำแหน่งทางลูกเสือ ไม่มี มี (ระบุ).....
วุฒิทางลูกเสือ ไม่มี มี (ระบุ).....
ความสามารถพิเศษ (ระบุ).....
โรคประจำตัว.....อาหารที่รับประทานไม่ได้.....

๒. บุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีจำเป็นฉุกเฉิน.....

เกี่ยวข้องเป็น.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....

๓. ข้าพเจ้าได้ส่งเงินค่าธรรมเนียม ในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมพร้อมใบสมัครนี้ เป็นเงินจำนวน ๓,๕๐๐ บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่.....

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
() อนุญาต () ไม่อนุญาต ให้.....เข้าอบรมครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา
(.....)
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ขอความกรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนถูกต้องและเขียนตัวบรรจง อ่านง่าย เพื่อความถูกต้องในการทำข้อมูล