



ที่ ศธ ๐๔๑๑๔/ว ๒๒๐๐

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสมุทรปราการ  
ถนนวิวิธสุรการ อำเภอเมืองสมุทรปราการ  
จังหวัดสมุทรปราการ ๔๙๐๐๐

๗ ตุลาคม ๒๕๕๙

เรื่อง การฝึกอบรมหลักสูตรผู้นำเยาวชน

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนในสังกัดทุกโรงเรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรม จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสมุทรปราการ จะดำเนินการจัดฝึกอบรม  
เจ้าหน้าที่และผู้บังคับบัญชาเยาวชน หลักสูตรผู้นำเยาวชน (๖ วัน ๕ คืน) ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน  
๒๕๕๙ ณ โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ

ในการนี้ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสมุทรปราการ ใคร่ขอความร่วมมือโรงเรียน  
แจ้งบุคลากรในสังกัด หากมีความประสงค์จะเข้ารับการฝึกอบรม ขอให้ส่งใบสมัครพร้อมค่าธรรมเนียมฝึกอบรม  
คนละ ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) ถึงสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสมุทรปราการ กลุ่มส่งเสริม  
การจัดการศึกษาภายในวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๙ (ติดต่อเจ้าหน้าที่ประสานงาน คุณศิริพรรณ โพธิ์แฉล้ม  
โทรศัพท์ ๐๘-๘๕๖๑-๔๐๕๓) ส่วนวันเวลาจะแจ้งให้ทราบภายหลัง

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายเจริญ ศรีสูงค์)

รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสมุทรปราการ

กลุ่มส่งเสริมการจัดการศึกษา

โทร.๐๔๒-๖๑๑-๕๓๒ ต่อ ๑๗

โทร.๐๘-๘๕๖๑-๔๐๕๓

โทรสาร ๐-๔๒๖๑-๓๐๔๐

**ใบสมัคร**  
**การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ และผู้บังคับบัญชาบุคลากร**  
**หลักสูตรผู้นำบุคลากร**  
**ณ โรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดมุกดาหาร**

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....  
ตำแหน่ง.....ระดับ.....วุฒิการศึกษา.....  
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี นับถือศาสนา.....  
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....  
สถานที่ทำงาน.....ตั้งอยู่เลขที่.....  
ซอย/ตรอก.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....  
สถานที่ติดต่อได้สะดวก.....  
.....  
บุคคลที่ติดต่อกับข้าพเจ้าได้ง่ายที่สุด.....โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ เข้ารับการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่และผู้บังคับบัญชาบุคลากร หลักสูตรผู้นำบุคลากร  
และได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาเรียบร้อยแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

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

- ข้อกำหนด**
๑. กรุณากรอกข้อความให้สมบูรณ์ ชัดเจน ตามความเป็นจริง
  ๒. มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ไม่เป็นโรคประจำตัวที่ทำให้เกิดอันตรายในระหว่างการฝึกอบรม
  ๓. สามารถอยู่ร่วมฝึกอบรมได้ตลอดระยะเวลาการฝึกอบรม