



ใบสมัครเข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการโดยใช้พิพิธภัณฑ์เป็นฐาน  
(Museum-based Learning)

ชื่อ.....นามสกุล.....

โทรศัพท์(ที่สะดวกในการติดต่อ).....Email.....

โรงเรียนหรือหน่วยงานที่สังกัด.....

ที่อยู่โรงเรียนหรือหน่วยงาน.....

.....

.....

ประวัติการศึกษา/สาขาที่จบการศึกษา.....

ระดับชั้นที่สอน  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษาตอนต้น  มัธยมศึกษาตอนปลาย

วิชาที่สอน.....

อาหารที่แพ้หรือไม่ทาน(ถ้ามี).....

.....

ท่านเคยเข้าร่วมการอบรมเรื่องการจัดการเรียนรู้ในพิพิธภัณฑ์หรือไม่  ไม่เคย  เคย

ชื่อโครงการอบรมที่เคยเข้าร่วม.....

ท่านเคยมีส่วนร่วมกับการจัดการเรียนรู้นอกสถานศึกษาหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

หมายเหตุ: \*ผู้สมัครต้องสามารถเข้าร่วมอบรมได้ทั้ง 2 วัน

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่...../...../.....