



ใบสมัครเข้าร่วมโครงการแลกเปลี่ยนครูในภูมิภาคอาเซียน ณ ประเทศบรูไนดารุสซาลาม ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๘
๑. ชื่อ-นามสกุลผู้บริหารสถานศึกษา.....วิทยฐานะ.....

๒. ชื่อสถานศึกษา.....สังกัด.....

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ E-mail.....

ระดับชั้นที่เปิดสอน.....

จำนวนครู.....จำนวนนักเรียน.....

มีความประสงค์สมัครเป็นสถานศึกษารับครูแลกเปลี่ยนจากประเทศบรูไนดารุสซาลาม ลาม ระหว่างวันที่ ๙- ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๘ ตามโครงการแลกเปลี่ยนครูในภูมิภาคอาเซียน ณ ประเทศบรูไนดารุสซาลาม ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๘ และยินดีส่งครูในสถานศึกษา จำนวน ๒ คน เดินทางไปแลกเปลี่ยน ณ ประเทศบรูไนดารุสซาลาม ระหว่างวันที่ ๒๕ สิงหาคม - ๙ กันยายน ๒๕๖๘ (รวมระยะเวลาประมาณ ๑๔ วัน) ได้แก่

๑. ชื่อ - สกุล (นาง/นางสาว)

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....ระดับวิทยฐานะ

ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ครูผู้สอนปี วิชาที่สอน.....ระดับชั้นที่สอน.....

วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ศาสนา.....

โทรศัพท์มือถือE-mail.....Line ID.....

ความสามารถด้านการใช้ภาษาอังกฤษ (ฟัง พูด อ่าน เขียน)

() ดีเยี่ยม () ดีมาก () ดี () พอใช้

ความสามารถพิเศษ

โรคประจำตัว () ไม่มี () มี ได้แก่.....

ประวัติการศึกษา

ระดับการศึกษา	วุฒิการศึกษา	สาขา	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จ
ปริญญาตรี				
ปริญญาโท				
ปริญญาเอก				

ประสบการณ์ในการเข้ารับการอบรมในต่างประเทศ (ถ้ามี) ระบุได้มากกว่า ๑ หลักสูตร

หลักสูตร ณ ประเทศ

ระยะเวลาในการเข้ารับการอบรม..... จัดโดย.....

๒. ชื่อ - สกุล (นาง/นางสาว)

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....ระดับวิทยฐานะ

ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ครูผู้สอนปี วิชาที่สอน.....ระดับชั้นที่สอน.....

วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ศาสนา.....

โทรศัพท์มือถือE-mail.....Line ID.....

ความสามารถด้านการใช้ภาษาอังกฤษ (ฟัง พูด อ่าน เขียน)

() ดีเยี่ยม () ดีมาก () ดี () พอใช้

ความสามารถพิเศษ

โรคประจำตัว () ไม่มี () มี ได้แก่.....

ประวัติการศึกษา

ระดับการศึกษา	วุฒิการศึกษา	สาขา	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จ
ปริญญาตรี				
ปริญญาโท				
ปริญญาเอก				

ประสบการณ์ในการเข้ารับการอบรมในต่างประเทศ (ถ้ามี) ระบุได้มากกว่า ๑ หลักสูตร

หลักสูตร ณ ประเทศ

ระยะเวลาในการเข้ารับการอบรม..... จัดโดย.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และรับทราบ
รายละเอียดข้อมูล เงื่อนไขการสมัครเข้าร่วมโครงการฯ และพร้อมยินดีปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อผู้บริหารสถานศึกษา

(.....)

วันที่...../...../.....

ติดต่อผู้ประสานงาน กลุ่มวิเทศสัมพันธ์ สำนักนโยบายและแผน สำนักงานเลขาธิการคุรุสภา

คุณภัททิรา รุ่งทอง เจ้าหน้าที่วิเทศสัมพันธ์ปฏิบัติการ

โทร. ๐ ๒๒๘๐ ๒๗๓๖ E-Mail: fru@ksp.or.th

ผู้ประสงค์สมัครเข้าร่วมโครงการฯ กรอกข้อมูลการสมัครผ่าน Google form

ภายในวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๘ รายละเอียดตาม QR Code

