แบบใบสมัครเข้าร่วมกิจกรรม

“สถานศึกษาปลอดภัย และสขภาพอนามัยดี” ประจำปี ๒๕๕๙

๑. ชื่อสถานศึกษา.....

๒. ที่ตั้งเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

Email : .....

โปรดทำเครื่องหมาย “✓” ในช่อง ☐ ให้ชัดเจน ส่งเอกสารชุดนี้ที่ สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือ สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด ในพื้นที่ที่สถานศึกษาตั้งอยู่ด้วยตนเอง หรือ ทางไปรษณีย์ (ยึดวันประทับตรา) ***ภายในวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๕๙***

๓. ระดับการศึกษา

- ☐ ระดับอนุบาล – ประถมศึกษา
- ☐ ระดับมัธยมศึกษา
- ☐ ระดับอาชีวศึกษา
- ☐ ระดับอุดมศึกษา
- ☐ ระดับการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย

๔. จำนวนบุคลากร

๔.๑ นักเรียน/นักศึกษา.....คน

๔.๒ ครู อาจารย์ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่.....คน

๕. การเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ ☐ เป็นครั้งแรก ☐ เป็นครั้งที่ .....

๖. เคยได้รับรางวัล “สถานศึกษาปลอดภัย และสุขภาพอนามัยดี” หรือไม่

☐ เคย (ระบุ) ปี พ.ศ. ..... ☐ ไม่เคย

๗. ข้าพเจ้ามีความประสงค์เข้าร่วมกิจกรรม “สถานศึกษาปลอดภัย และสุขภาพอนามัยดี” ประจำปี ๒๕๕๙

โดยขอมอบหมายให้ (ชื่อ –นามสกุล).....

ตำแหน่ง.....หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่.....

อีเมล์ .....เป็นผู้ประสานงาน

ลงชื่อ..... ผู้บริหาร/เจ้าของสถานศึกษา

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....