

ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ “บ้านนักวิทยาศาสตร์น้อย ประเทศไทย” ปีการศึกษา 2560

1. ข้อมูลทั่วไปของโรงเรียน

ชื่อสถานศึกษา.....กลุ่มโรงเรียน.....
 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต5.....
 ที่อยู่ เลขที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
 เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 ผู้อำนวยการโรงเรียน ชื่อ-นามสกุล.....โทรศัพท์มือถือ.....
 ผู้ประสานงานโครงการบ้านนักวิทยาศาสตร์น้อย ชื่อ-นามสกุล.....นางสาวชื่นพจี มนต์ขลัง
 โทรศัพท์.....มือถือ 081-7301379.....
 โทรสาร 045- 870036 E-mail pageemon2014@gmail.com

โรงเรียนของท่านเคยร่วมโครงการพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์หรือไม่ ไม่เคย เคย (โปรดระบุ)

1. ชื่อโครงการ.....เมื่อปีพ.ศ.....
2. ชื่อโครงการ.....เมื่อปีพ.ศ.....

2. ข้อมูลนักเรียนในโรงเรียน

ระดับชั้นเรียน	อนุบาล 1	อนุบาล 2	อนุบาล 3	ป.1-6	ม.1-3	รวม
จำนวนนักเรียน (คน)						
จำนวนนักเรียนร่วมโครงการ (คน)						
นักเรียนร่วมโครงการฯคิดเป็นร้อยละ						

3. ข้อมูลครู

จำนวนครูอนุบาล ทั้งหมด.....คน
 จำนวนครูที่ใช้วิทยาศาสตร์ในการสอนเด็กอนุบาล.....คน
 จำนวนครูที่จะเข้าร่วมโครงการและเข้าร่วมการอบรมปฏิบัติการ จำนวน.....คน ดังนี้
 1. ชื่อ-นามสกุล.....เบอร์โทรศัพท์(มือถือ).....
 2. ชื่อ-นามสกุล.....เบอร์โทรศัพท์(มือถือ).....
 วันที่สมัครเข้าร่วมโครงการฯ กับผู้นำเครือข่ายท้องถิ่น (Local Network) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2559
 ชื่อหน่วยงานผู้นำเครือข่ายท้องถิ่น(Local Network) สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 5

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการสถานศึกษา

ลงชื่อ.....

(นางสาวชื่นพจี มนต์ขลัง)

ผู้นำเครือข่ายท้องถิ่น