

แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุมประจำเดือนผู้บริหาร ข้าราชการ เจ้าหน้าที่
และบุคลากรสำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ประจำจังหวัดตราด
ครั้งที่ ๙/๒๕๖๙

ในวันศุกร์ที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๙
ณ ห้องประชุมสุดขอบฟ้าบูรพาสยาม (ชั้น ๒)
สำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ประจำจังหวัดตราด

๑) ผู้บริหารสถานศึกษา ศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ระดับอำเภอ

ชื่อ.....นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....
ที่อยู่.....
เบอร์โทรศัพท์ (มือถือ)..... เบอร์โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....
โทรสาร..... E-mail.....

- ☐ ยินดีเข้าร่วมประชุม ณ สถานที่จัดประชุม
☐ ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ โดยมอบหมายผู้แทน

ชื่อ.....นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....
เบอร์โทรศัพท์ (มือถือ)..... E-mail.....

๒) ข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา

ชื่อ.....นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....
ที่อยู่.....
เบอร์โทรศัพท์ (มือถือ)..... เบอร์โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....
โทรสาร..... E-mail.....

- ☐ ยินดีเข้าร่วมประชุม ณ สถานที่จัดประชุม

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕๖๙

กรุณาส่งแบบตอบรับ ภายในวันจันทร์ที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๙ ทางไลน์กลุ่มชื่อ “งานธุรการ สกร.ตราด”