ใบสมัครการอบรมหลักสูตร

การพัฒนาการเข้าถึงไอซีทีสำหรับกลุ่มคนพิการ

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

1. ชื่อ-นามสกุล.....

   อายุ.....

2. ชื่อหน่วยงาน องค์กร หรือมูลนิธิ (กรณีสังกัดโปรดระบุชื่อหน่วยงาน.....)

3. ประเภทของหน่วยงานที่ท่านสังกัด (กรณีสังกัดหน่วยงาน)

   ❒ สถาบันการศึกษาของรัฐ ❒ สถาบันการศึกษาเอกชน ❒ หน่วยงานของรัฐ ❒ นิติบุคล

   ❒ ไม่สังกัดหน่วยงาน ❒ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

4. ที่อยู่ .....

   .....

   .....

   โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....Email : .....

5. โรคประจำตัว

   ❒ ไม่มี ❒ มี (โปรดระบุ.....)

6. อาหาร

   ❒ ธรรมดา ❒ มุสลิม ❒ อื่น ๆ (โปรดระบุ.....)

7. ลักษณะความพิการ โปรดระบุ .....

8. ท่านมีความประสงค์จะเข้าร่วมการอบรมวันที่

วันที่จัดการอบรม	กลุ่มที่เข้าร่วม	สถานที่
❒ 6 - 8 พฤษภาคม 2562	จัดอบรมกลุ่มคนพิการพิการทางด้านการมองเห็น	จังหวัดอยุธยา
❒ 13 - 15 พฤษภาคม 2562	จัดอบรมกลุ่มคนพิการทางด้านการเคลื่อนไหว	จังหวัดสุโขทัย
❒ 22 - 24 พฤษภาคม 2562	จัดอบรมกลุ่มคนพิการทางด้านการได้ยิน	จังหวัดสงขลา

8. ท่านคิดว่าจะนำเอาหลักสูตรการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล มาพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการ

ลายเซ็น .....

(.....)

วันที่ .....

*** ขอขอบคุณในความร่วมมือ กรุณาส่งใบสมัครเข้าร่วมโครงการตามเวลาที่กำหนด ***